

Univerzita Karlova  
Filozofická fakulta  
Katedra psychologie



**Bc. et Bc. Jakub Zámečník**

## **Postoje k porodu u českých žen**

*Attitudes toward childbirth in Czech women*

**Diplomová práce**

**Školitelka: PhDr. Simona Hoskovcová, Ph.D.**

**Praha, 2017**

**Poděkování:**

Děkuji paní PhDr. Simoně Hoskovcové, Ph.D. za cenné rady, věcné připomínky a velkou vstřícnost při konzultacích a vypracovávání diplomové práce. Mé poděkování patří též mojí rodině, partnerce a přátelům za podporu během studia.

Jakub Zámečník

**Prohlášení:**

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracoval samostatně, že jsem řádně citoval všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze, dne 20. 7. 2017

Podpis:

## **Abstrakt**

Současné rodičky mají rozsáhlé zdroje informací o porodu. Postoj k porodu se utváří nejen v rodině a sdílením s vrstevnicemi, ale ve značné míře informacemi z médií a internetu. Postoje k porodu se pak promítají do volby porodní praxe a prožívání porodu. Mezi výraznými trendy v porodní oblasti sledujeme nárůst zájmu o přirozeně vedené porody, ale zároveň zvyšující se procento těhotenství zakončených císařským řezem. Cílem této sociálně-psychologicky zaměřené práce je zmapování postojů žen především k těmto nejvýraznějším porodním trendům. A zároveň identifikování důvodů, které vedou ženy k daným postojům. Výzkumná část je tedy pojata kvalitativně a data čerpá z analýzy internetových diskuzních fór pro matky.

V předcházející teoretické části jsou uvedeny stěžejní informace nutné k porozumění zkoumaného tématu, jako je problematika postojů, specifika komunikace na internetových diskuzních fórech a především současné vědecké poznání o postojích žen k porodu v České republice i ve světě.

## **Klíčová slova**

Postoje žen, přirozený porod, lékařsky vedený porod, domácí porod, císařský řez, internetová diskuzní fóra.

## **Abstract**

Nowadays, women have a wide range of sources of information about childbirth. Women's attitudes toward childbirth are made by sharing experiences between women and in families but also they are based on informations from media and internet. Consequently attitudes toward childbirth influence the choice of kind of delivery and women's childbirth experience. These days we can see some trends in obstetrics – the rising interest in natural births, on the one hand, and the rising number of women delivering their babies by cesarean section on the other hand. The goal of this socio-psychologically oriented thesis is to map women's attitudes to these most striking birth trends, and also to identify the reasons for these women's attitudes. The research part is thus focused qualitatively and uses the data from the analysis of the internet discussion forums for mothers.

In the previous theoretical part are presented the key information necessary to understand the studied topic, such as the issues of attitudes, the specifics of the communication on the internet discussion forums and above all the current scientific knowledge about the attitudes of women to childbirth in the Czech Republic and the world.

## **Key words**

Attitudes of women, natural childbirth, assisted childbirth, homebirth, caesarean section, internet discussion forum

# Obsah

Obsah.....	5
Seznam zkratk .....	7
I. TEORETICKÁ ČÁST .....	8
1 Úvod.....	8
2 Postoje .....	9
2.1 Postoj jako sociálně psychologický pojem.....	9
2.1.1 Tři dimenze postoje .....	10
2.1.2 Postoje, názory a hodnoty .....	11
2.1.3 Jak vznikají postoje .....	11
2.1.4 Funkce postojů .....	12
2.2 Vztah postojů a chování .....	13
2.2.1 Kdy postoje předpovídají chování.....	13
2.2.2 Kdy chování ovlivňuje postoje.....	15
2.2.3 Proč chování ovlivňuje postoje .....	16
3 Online komunikace a diskuzní fóra.....	17
3.1 Specifika komunikace na diskuzních fórech.....	17
3.1.1 Vymezení diskuzních fór .....	17
3.1.2 Diskuzní fórum jako zdroj formování postojů .....	18
3.1.3 Charakteristiky diskuzních fór .....	20
3.2 Rozdíly mezi běžnou a online komunikací .....	21
3.3 Psychologické aspekty online komunikace.....	22
4 Postoje žen k porodům .....	24
4.1 Druhy porodů a jejich vývoj v čase.....	25
4.1.1 Lékařsky vedený a přirozený porod .....	25
4.1.2 Nejčastěji diskutované zákroky a typy porodů .....	26
4.2 Proč se zabývat postoji žen k porodu .....	29
4.3 Světové studie zabývající se postoji žen k porodům.....	30
4.3.1 Postoje k císařskému řezu .....	32
4.3.2 Strach z porodu.....	33
4.3.3 Spokojenost s porody .....	34
4.3.4 Postoje k domácím porodům.....	36
4.3.5 Postoje k dalším aspektům porodu.....	37

4.4	České studie zabývající se postoji žen k porodům .....	37
4.4.1	Výzkum českého porodnictví z roku 2000.....	38
4.4.2	Výzkum spokojenosti s perinatální péčí z roku 2012 .....	41
5	Závěr.....	43
II.	VÝZKUMNÁ ČÁST.....	44
1	Úvod.....	44
2	Metody .....	45
2.1	Výběr diskuzních fór .....	45
2.1.1	Popis a charakteristiky vybraných fór .....	46
2.2	Výběr typu diskuzních skupin.....	47
2.3	Analýza nejčastěji diskutovaných témat .....	48
2.4	Výběr konkrétních diskuzních skupin.....	50
2.4.1	Popis souboru .....	51
2.5	Postup a metody analýzy příspěvků .....	52
3	Výsledky.....	54
3.1	Postoje k přirozeným a lékařsky vedeným porodům .....	54
3.1.1	Proč ženy preferují přirozené porody v domácím prostředí.....	56
3.1.2	Proč ženy preferují lékařsky vedené porody .....	59
3.1.3	Další poznatky vyplývající z analýzy.....	60
3.2	Postoje k císařskému řezu .....	61
3.2.1	Proč ženy chtějí císařský řez .....	62
3.2.2	Proč ženy preferují vaginální porod .....	63
3.2.3	Další poznatky vyplývající z analýzy.....	65
4	Diskuze.....	65
5	Závěr.....	73
	Použitá literatura .....	75
	Přílohy .....	89

## **Seznam zkratek**

CŘ – císařský řez

IP-adresa – adresa internetového protokolu

PA – porodní asistentka

STEM – Středisko empirických výzkumů

ÚZIS – Ústav zdravotnických informací a statistiky

WHO - World Health Organization

# I. TEORETICKÁ ČÁST

## 1 Úvod

Porodní tematika je velmi široké téma, ve kterém dochází k neustálému vývoji. Zatímco v průběhu 20. století docházelo k postupnému přesunu porodů z domácího prostředí do moderně vybavených nemocnic, začátkem 21. století se již z porodu stává plně lékařsky vedený proces, jenž je neodmyslitelně spojen s dnes již rutinně prováděnými zákroky - usnadnění porodu nástřihem, vyvolání porodu podáním oxytocinu, tlumení bolesti epidurální analgezií či zakončení porodu císařským řezem. A právě tato intenzivní medicinalizace porodu začala v posledních dekáдах vzbuzovat rozruch nejen v odborné, ale i laické společnosti. Na stránkách odborných i populárních periodik se tak postupně vedle příspěvků o aktivně lékařsky vedených porodech začínají objevovat i publikace zaměřené na přirozené porody či jiné porodní alternativy (Hašková, 2001a). Můžeme tedy na jedné straně sledovat debaty o porodech zakončených císařským řezem, jejichž podíl přesáhl 25 % (Pavlíková, 2015), čímž téměř dvojnásobně překonal mezinárodní doporučení WHO (2015). A na straně druhé pozorovat nárůst zájmu o přirozené porody v domácím prostředí bez přítomnosti moderních lékařských vymožeností (Hašková, 2001b; Zielinski, Ackerson & Low; 2015). Veřejný dialog, který se tak v současné době vede okolo změn v českém porodnictví, přitom nelze chápat pouze jako úzce vymezenou odborně lékařskou polemiku. Je také prezentací potřeb a zájmů ženské populace, na kterou by měl být brán zřetel.

Reagování odborné veřejnosti na požadavky a představy žen může vést v důsledku nejen k vyšší spokojenosti rodiček s porodem, nýbrž i k významnému snížení perinatálních komplikací. Oba tyto důsledky se pak mohou i dlouhodobě projevovat v celkovém fyzickém i psychickém stavu dítěte, matky i celé rodiny (Takács et al., 2012). Aby odborníci mohli reagovat na potřeby žen, je nejprve potřeba pochopit, jaké postoje zaujímají ženy vůči nejdůležitějším aspektům porodu. A právě v této oblasti jsou v České republice značné nedostatky. Ačkoliv existují dvě velké studie zabývající se stavem českého porodnictví (Hašková, 2001b; Takács et al., 2012), nemáme příliš informací o tom, jaké konkrétní postoje k porodu se vyskytují v ženské populaci a jaká jsou témata, která vzbuzují největší diskuzi. A právě zmapování této oblasti je cílem předkládané práce.

V praktické části této práce bude provedena obsahová analýza internetových diskuzních fór pro matky. Cílem analýzy bude nejen poukázání na nejčastěji diskutovaná témata kolem



porodu, ale především bližší a hloubková analýza konkrétních nejčastěji diskutovaných témat a identifikování postojů českých žen vůči těmto tématům. Studie je koncipována kvalitativně, proto bude výsledkem ukázka konkrétních postojů žen, které pak budou v diskuzi porovnávány s nálezy jak z českých, tak ze světových výzkumů.

V předcházející teoretické části této práce budou uvedeny stěžejní teoretické informace nutné k porozumění a uchopení výzkumné části. Nejprve bude stručně nastíněna problematika postojů a jejich utváření a také vzájemný vztah mezi postoji a chováním. V další kapitole bude vymezena problematika komunikace na diskuzních fórech se zaměřením na jevy, které je třeba mít na paměti při obsahové analýze těchto zdrojů lidských produktů. V poslední řadě bude čtenář seznámen s nejčastěji diskutovanými zákroky a typy porodů společně s poukázáním na postoje žen vůči různým aspektům porodu.

## **2 Postoje**

Postoj je stěžejním pojmem celé této diplomové práce, proto je nezbytné se na něj podívat podrobněji. Pojem postoje vnesli do sociologie a sociální psychologie v roce 1918 W. J. Thomas a F. Znaniecki svou rozsáhlou prací o polském rolníkovi v Evropě a Americe (Nakonečný, 2009). Od té doby je problematika postojů významnou součástí sociální psychologie. Allport (1935) již před více než 80 lety uvedl, že koncept postoje je nejvýznamnější koncept americké sociální psychologie. Toto tvrzení bychom však mohli považovat za oprávněné i dnes vzhledem k obrovskému množství výzkumů, které se dlouhodobě zabývají touto problematikou nejen na poli sociální psychologie (Eagly & Chaiken, 1993).

### **2.1 Postoj jako sociálně psychologický pojem**

Stejně jako u většiny frekventovaných psychologických pojmů, můžeme i u pojmu postoje najít nespočetné množství definic. Fishbein a Ajzen (1975) například mluví o „naučených predispozicích k celkové příznivé nebo nepříznivé reakci na daný objekt, osobu či událost“. Tato definice zdůrazňuje tři rysy postojů: za prvé, že jsou naučené, za druhé, že jsou konzistentní, a za třetí, že se týkají příznivých nebo nepříznivých reakcí. Podobně vyznívá i definice, kterou předložili Krech, Crutchfield a Ballachey (1962): „Postoje jsou stabilní systémy pozitivního nebo negativního hodnocení, pocitů a technik jednání týkajících se sociálních cílů.“ Tato definice navíc zdůrazňuje, že postoje se týkají i činnosti či jednání. Jiné definice zase zdůrazňují, že postoje nás připravují k činnosti. Způsobují, že se častěji

chováme určitým způsobem. Například definice navržená Osgoodem, Sucim a Tannenbaumem (1957) zní: „Postoje jsou predispozice k reakci, které se od jiných stavů připravenosti liší hodnotícím charakterem reakce, ke které predisponují.“ Podle této definice se tedy postoje podobají mentálnímu "nastavení", ale navíc obsahují důležitou hodnotovou složku.

Pakliže se pokusíme o syntézu nejčastěji se opakujících charakteristik v různých definicích postoje, získáme komplexní popis tohoto pojmu tak, jak s ním přišel Olufemi (2012). Podle něj postoj určitého jedince zahrnuje kognitivní, emocionální a behaviorální složku vůči nějaké události, fenoménu, objektu či osobě. Postoje nejsou vrozené, nýbrž naučené. Jsou relativně stabilní, ale zároveň do určité míry modifikovatelné. Mohou být implicitní nebo explicitní, vědomé či nevědomé, racionální nebo iracionální, extravertní nebo introvertní. Jejich náboj může být negativní či pozitivní.

### 2.1.1 Tři dimenze postoje

Důležitou charakteristikou postojů je jejich trojdimenzionalita. Postoje se většinou popisují pomocí tří dimenzí, z nichž každá přispívá k celku:

- **Kognitivní dimenze** - týká se názoru a myšlenek, které osoba má o předmětu postoje.
- **Emocionální dimenze** - týká se toho, co osoba cítí k předmětu postoje, čili emocí či emocionálních reakcí.
- **Konativní nebo behaviorální dimenze** - týká se sklonu k chování či jednání ve vztahu k předmětu postoje (Rosenberg & Hovland, 1960).

Z těchto tří dimenzí stojí za bližší představení především emocionální komponenta, která určuje sílu postoje, neboť mu propůjčuje subjektivní význam: extrémně pozitivní nebo negativní postoje jsou nejsilnější a souvisejí s osobností jedince tak, že plní určitou integrační funkci. Emočně silně akcentované postoje, zejména předsudky, mohou být zcela iracionální a mohou být provázeny falešnými informacemi. Emotivní komponenta postoje tedy určuje jeho intenzitu a tato intenzita postoje může být vyjádřena pozicí v prostoru kontinua, od extrémně pozitivního přes neutrální k extrémně negativnímu postoji (Nakonečný, 2009).

Neutrální postoje se týkají nevýznamných objektů, případně objektů, o nichž subjekt nic neví. Zato extrémní postoje, vyjádřené například výrokem „Naprosto odsuzuji ženy, které chtějí

rodit doma“, jsou nejintenzivnější, jako takové jsou také nejvíce odolné proti změně, ale frekvence těchto postojů v populaci bývá poměrně malá (Nakonečný, 2009).

### **2.1.2 Postoje, názory a hodnoty**

Podle Fishbeina a Ajzena (1975) musíme rozlišovat mezi postoji a názory. Rozdíl spočívá právě v jejich emocionální dimenzi. Názory jsou v podstatě neutrální – jsou to jen výroky, o kterých si myslíme, že jsou pravdivé. Postoje jsou však hodnotící – indikují pocity ve vztahu k nějaké záležitosti. Eiser (1983) míní, že postojové výroky mohou často budít zdání, že jsou pouze vyjádřením názorů, dokud pečlivě nerozebereme slova, která je tvoří. Klíčovým indikátorem toho, že jde o postoj, bývá emočně zabarvený jazyk použitý při popisu. O toto tvrzení se budeme později opírat i v praktické části při samotné analýze příspěvků diskuzních fór.

Důležitým kritériem, které nám pomůže rozpoznat postoj, je také jeho souvislost s hodnotami. Hodnoty jsou poměrně stálé osobní předpoklady, které leží v samém základu postojů. Týkají se obecných principů, jako například toho, co je morální nebo sociálně žádoucí. Protože osobní hodnoty a principy nám slouží jako standardy, podle nichž posuzujeme vlastní chování i chování ostatních, jsou s postoji úzce provázány. Postoje většinou přímo vycházejí ze základní hodnotové soustavy člověka (Arendt, 2006).

### **2.1.3 Jak vznikají postoje**

Postoje si člověk utváří od narození. Jak člověk vrůstá do společnosti, utváří si názory a pocity spjaté s jednotlivými oblastmi lidského života. Tyto názory a pocity postupně sílí a stávají se z nich více či méně silné individuální postoje. Postoje mají sklon nás ovlivňovat po celý život. Lidé se chovají ve prospěch věcí, ke kterým mají kladné postoje a naopak se staví proti věcem, ke kterým mají postoj negativní (Kagan, Havemann & Segal, 1994).

Výzkumy ukázaly, že existuje několik cest, kterými si člověk může osvojovat a utvářet postoje. V nejobecnější rovině můžeme mluvit o formování postojů na základě zkušenosti, sociálního vlivu a učení. Jedním z prvních zdrojů při utváření postojů jsou naši rodiče, později následovaní vrstevníky, širším sociálním okolím a médií. Od těchto zdrojů příjemce přejímá postoje prostřednictvím mnoha různých a konkrétnějších způsobů formování postojů vyplývajících z:

- **Klasického podmiňování** – asociace chování a emoce (např. je dobré říkat pravdu, je špatné krást).
- **Operantního podmiňování** – odměnění či potrestání za chování (např. být pochválen za říkání pravdy a být potrestán za krádež).
- **Kognitivního posouzení** – zvážení logických argumentů při vytváření postojů.
- **Observačního učení** – učení se postojům skrze sledování sociálního okolí.
- **Přesvědčování** – utváření postojů na základě přesvědčování ze strany sociálního okolí (Olufemi, 2012).

#### 2.1.4 Funkce postojů

Postoje mají individuální význam. Jsou to zkušeností organizované vztahy k hodnotám. Katz (1960) rozlišuje následující funkce postojů:

- **Instrumentální, adjustační nebo utilitární funkce** – pozitivní postoje si subjekt vytváří vůči objektům, které jsou asociovány s odměnami, jsou zdrojem aktuálních nebo očekávaných odměn, a negativní postoje pak vůči objektům asociovaným s tresty nebo očekáváním trestů – vyjadřuje tím určité zobecněné zkušenosti.
- **Ego-defenzivní funkce** – postoje mohou chránit integritu osobnosti, například tím, že redukují úzkost nebo kompenzují negativní složky sebepojetí tak, že podceňují negativní vlastnosti, které si subjekt připisuje (třeba nedostatek odvahy nebo důvěry), chrání jedince před uznáním nepříjemných pravd o jeho činech a vlastnostech (odmítavý postoj k domácímu porodu může být např. způsobem sebeobrany proti nevěře ve vlastní schopnost porod zvládnout svými silami).
- **Hodnotově expresivní funkce** – subjekt může nacházet uspokojení v tom, že vyjadřuje své postoje a zasazuje se za jejich realizaci. Může se demonstrativně hlásit k postoji, který vyjadřuje jeho sebehodnocení, případně mu umožňuje odreagovat určité afekty.
- **Kognitivní funkce** – každý člověk má tendenci k uspořádání poznatků o světě i o sobě samém, nacházet určitý řád, chápat smysl událostí a vztahů mezi nimi, strukturovat svou zkušenost, a tato tendence se projevuje i ve vytváření postojů, které spojují poznávání a cítění v určitý systém hodnot.

K těmto čtyřem odlišným funkcím postojů bychom mohli přidat ještě pátou funkci, popsanou Smithem, Brunerem a Whitem (1964), která je v předchozím rozdělení opomenuta:

- **Funkce sociálního přizpůsobení** – vyjádření postojů má řadu sociálních dopadů, k nimž patří např. posilování sociálních vztahů a zvyšování skupinové soudržnosti. Postoje pomáhají utužovat sounáležitost se skupinou – mám-li podobný názor jako členové mé referenční skupiny, vlastně tím do jisté míry vyjadřuji, že se jim podobám.

## 2.2 Vztah postojů a chování

Na počátku zkoumání postojů vědci věřili, že osobní přesvědčení a pocity určují chování. Způsobem, jak předvídat chování lidí pro ně tedy bylo poznání jejich postojů. Později se však objevily výzkumy, které o tomto jednoznačném vztahu začaly pochybovat. Předpokládané síle postojů zasadil ránu Wicker (1969), který na základě metaanalýzy několika desítek výzkumů na toto téma zjistil, že vyjádřené postoje lidí stěží předpovídaly jejich proměnlivé chování. Ve své metaanalýze dosavadních studií zjistil průměrnou pozitivní korelaci mezi postoji a chováním jen  $r = 0,15$ . Postupně se objevily důkazy toho, že vztah postojů a chování není tak jednoznačný a zasahuje do něj velké množství dalších faktorů.

V následujícím textu se pokusím osvětlit, jaký je vzájemný vztah mezi postoji a chováním. Na konkrétních příkladech z porodní oblasti se pak pokusím ilustrovat, jak se tyto vztahy mohou projevit v případě internetových diskuzních fór pro matky.

### 2.2.1 Kdy postoje předpovídají chování

Četné studie prokázaly, kdy lze předpokládat, že naše postoje budou předpovídat naše budoucí jednání. Podle Myerse (2016) lze tyto studie rozdělit do tří oblastí. Postoje budou naše chování předpovídat nejlépe, pakliže:

1. jsou další vlivy na to, co děláme a říkáme minimální,
2. postoj velmi úzce koresponduje s předpovídaným chováním,
3. je postoj silný.

První bod si lze dobře znázornit na příkladu z porodní oblasti. Představme si matku, která má velice negativní postoje vůči klasickému, lékařsky vedenému porodu v nemocnici. Tato matka by ráda rodila doma, ale (a) čelí rizikovému porodu, (b) nemůže si zaplatit porodní asistentku, která by jí provázela porodem doma, (c) má manžela, který porod doma odmítá. Tyto tři faktory můžeme považovat za důležité předpoklady toho, že matka nakonec bude jednat proti svému postoji. Pakliže by tyto tři faktory nebyly přítomny, je větší pravděpodobnost, že postoj matky bude lépe predikovat její chování.

Druhý bod souvisí s tím, jak moc je postoj pro dané chování příznačný. Ajzen a Fishbein (1977, 2005) ukázali, že když je hodnocený postoj obecný – například postoj k Asiatům – a chování je velmi specifické – například rozhodnutí, zda pomoci konkrétnímu Asiatovi v konkrétní situaci – neměli bychom očekávat, že slova a činy spolu budou silně korespondovat. Naopak si můžeme představit např. porodní situaci, kdy žena při prvním porodu v konkrétní nemocnici s konkrétním porodníkem získá velmi špatnou zkušenost. Je potom velmi pravděpodobné, že svůj druhý porod nebude chtít uskutečnit v této nemocnici, natož ho svěřit do rukou stejnému porodníkovi.

V poslední řadě musí být postoj silný, aby dobře předpovídal naše chování. Postoj může nabývat na síle v několika případech. Jednak když nad postojem přemýšlíme, resp. když ho máme vědomě pojmenovaný (Snyder & Swann, 1976). Jednak když je postoj dobře dostupný (snadno se připomíná) a stabilní. Takový postoj se může vytvořit např. na základě zkušenosti (Glasman & Albarracín, 2006). V oblasti, kterou se zabývá tato práce, si můžeme představit např. situaci matek, které přispívají do internetových diskuzních fór – jejich postoj je vědomě pojmenován a tedy spíše bude předvídat jejich činy. Také pro matku, která si postoj vytvořila na základě zkušenosti s vlastním porodem, bude tento postoj snáze dostupný, konkrétnější a silnější.

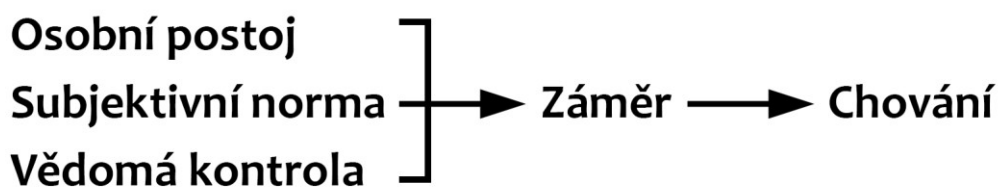
S touto problematikou souvisí i názor Herknera (1991), který navrhl, aby se rozlišovalo mezi „postoji k chování“ a „postoji k podnětu nebo pojmu“, neboť s obojím jsou spojena odlišná očekávání a odlišné souvislosti. Ve své práci uvádí příklad tohoto rozdílu, který lze spatřit analogicky i v porodní oblasti např. v situaci, kdy pozitivní postoj k přirozenému porodu může být spojen s negativním postojem k tomu, že žena bude skutečně rodit doma.

### **2.2.1.1 Teorie plánovaného chování**

Vztah mezi postoji a chováním se pokusili na základě empirického materiálu popsat i Ajzen a Fishbein v roce 1967 ve své komplexní teorii odůvodněného jednání (Madden, Ellen & Ajzen, 1992). Teorie tvrdí, že našemu jednání vždy předchází určitý tzv. behaviorální záměr, který je vytvářen dvěma faktory – osobním postojem a subjektivními normami. Behaviorálním záměrem rozumíme určitou subjektivní pravděpodobnost, že se ve specifické situaci budeme chovat specifickým způsobem. Osobní postoj představuje vlastní pozitivní či negativní názor na určité chování, vlastní hodnoty jedince. Pokud jedinec považuje daný způsob chování za žádoucí, je pravděpodobné, že se tak bude skutečně chovat. Subjektivní normy jsou

definovány jako vnímání společenského tlaku. Jedinec pozoruje chování pro něj důležitých osob či jeho vrstevníků a má tendenci ho přejímat.

V roce 1985 byla teorie odůvodněného chování Ajzenem rozšířena o tzv. teorii plánovaného chování. Tato teorie je doplněna tím, že k faktorům, které ovlivňují záměr chovat se určitým způsobem, přidává jeden nový. K předchozím ukazatelům je připojena tzv. vědomá kontrola chování, označující individuální vnímání obtížnosti jistého způsobu chování, tedy zda je pro jedince snadné či obtížné se chovat určitým způsobem. Pokud jedinec vyhodnotí, že daný způsob chování je pro něj snadný a že nad ním má kontrolu, je pravděpodobné, že si ho osvojí (Madden, Ellen & Ajzen, 1992). Tuto konečnou teorii plánovaného chování lze vyjádřit pomocí následujícího schématu:



Obr. 1: Schéma teorie plánovaného chování podle Ajzena

### 2.2.2 Kdy chování ovlivňuje postoje

Výše bylo popsáno, za jakých okolností postoje nejlépe předpovídají naše chování. Sociální psychologie však poukazuje na další, pro tuto práci velmi významný, fenomén – chování samo o sobě určuje postoje. Je pravda, že někdy hájíme to, v co věříme. Ale je také pravda, že začneme věřit v to, co hájíme (Myers, 2016). Naše chování ovlivňuje naše postoje v řadě případů.

Jedním z příkladů je tzv. hraní rolí, které bylo skvěle zaznamenáno v dnes již notoricky známém výzkumu Zimbarda (1971). Výzkum spočíval v uzavření určitého počtu dobrovolníků do uměle vytvořeného vězení v rolích vězňů a dozorců a sledování jejich chování. Po nečekaně krátké době si účastníci na základě svých rolí osvojili postoje, které byly natolik extrémní, že musel být výzkum předčasně ukončen. I v oblasti porodní se můžeme setkat s velkým množstvím rolí – např. z ženy se stává těhotná žena a z ní později matka. Každá tato role pak může specifickým způsobem ovlivňovat postoje dané osoby.

Jiným příkladem jsou situace, kdy začneme věřit tomu, co říkáme či děláme. Když lidi přimějeme, aby písemně či ústně podpořili něco, o čem pochybují, budou mít často špatný

pocit ze své nepoctivosti. Přesto však začnou věřit tomu, co říkají – za předpokladu, že to neudělali pod nátlakem nebo za úplatek. Když pro slova člověka neexistuje žádné přesvědčivé externí vysvětlení, pak to, co říkáme, se stane tím, čemu věříme (Klaas, 1978). Proto lze předpokládat, že ženy, které jsou delší dobu aktivní na internetových diskuzních fórech a opakovaně do různých diskuzí přispívají např. své porodní zkušenosti a postoje, budou po čase mít tyto postoje silnější. Podobně si můžeme představit matku, pro kterou porod císařským řezem znamená selhání její ženské role, avšak v průběhu dlouhého porodu jí dojdou síly a nakonec se přeci jen nechá přesvědčit k tomuto operativnímu zakončení porodu. Je pravděpodobné, že se za těchto podmínek její postoj k císařskému řezu stane více pozitivní.

### 2.2.3 Proč chování ovlivňuje postoje

Uvedli jsme si příklady situací, kdy určité chování může vést ke změně postoje. Je nasnadě otázka, proč k této změně dochází. Myers (2016) tuto změnu vysvětluje pomocí tří sociálně-psychologických teorií.

**Teorie sebe prezentace** předpokládá, že ze strategických důvodů vyjadřujeme postoje, díky kterým vypadáme konzistentně. Nikdo nechce vypadat pošetile nestálý. Abychom takovému dojmu zabránili, vyjadřujeme postoje, které odpovídají našim činům. Abychom vypadali konzistentní, můžeme takové postoje i předstírat. Vytvoření dobrého dojmu vnímáme jako cestu k dosažení společenského a materiálního úspěchu, lepšího pocitu ze sebe sama, či dokonce pocitu větší jistoty ve vlastních sociálních identitách (Leary, 2007).

Známa **teorie kognitivní disonance** (Festinger, 1957) vysvětluje změnu postojů snahou udržet konzistenci mezi vlastními poznáními. Teorie předpokládá, že cítíme napětí nebo nedostatek harmonie („disonanci“), když jsou dvě zároveň dostupné myšlenky nebo přesvědčení („poznání“) psychologicky v rozporu. Festinger prohlašoval, že abychom toto nepříjemné vzrušení snížili, často upravíme své myšlení, tedy postoje.

**Teorie sebevnímání** (Bem, 1972) je poslední ze tří teorií, které se snaží opodstatnit, proč chování ovlivňuje postoje. Představme si nejprve, jak děláme úsudek o postojích jiných lidí: vidíme, jak osoba v určité situaci jedná, a potom připsíme chování buď povaze osoby a jejím postojům, nebo silám prostředí. Teorie sebevnímání předpokládá, že podobné logické úsudky děláme i při pozorování vlastního chování. Když jsou naše postoje nepřesvědčivé nebo nejasné, jsme v pozici někoho, kdo nás pozoruje zvenku. Když se slyším mluvit, informuje mě to o mých postojích; když vidím své činy, poskytuje mi to vodítko k tomu, jak silná jsou



moje přesvědčení. Platí to zejména tehdy, kdy nemohu své chování jednoduše připsat externím omezením.

### **3 Online komunikace a diskuzní fóra**

V roce 2015 bylo počítačem a internetem vybaveno více než 3,1 miliónu českých domácností (73 %). V roce 2014 internet v české populaci ve věku 16 až 74 let užívalo 79,7 % osob. Mobilní telefon v roce 2015 používalo 97 % osob starších 16 let a 37 % z nich se prostřednictvím svých mobilních telefonů připojovalo k internetu. Více než tři čtvrtiny uživatelů internetu je na síti denně nebo skoro denně. Jde-li o čas strávený online, 28 % osob ve věku 16 let a více vypovědělo, že ve 2. čtvrtletí 2015 strávilo na internetu za soukromým účelem 1 až 5 hodin týdně. Další pětina přiznává, že se na internetu pohybuje 5 až 10 hodin týdně. 27 % Čechů na internetu stráví deset a více hodin týdně. Týká se to hlavně mladých ve věku 16 až 24 let. V rámci soukromé činnosti nám internet slouží hlavně ke komunikaci. Sedm z deseti Čechů (více než 93 % uživatelů internetu) používá e-mailovou korespondenci. Polovina internetových uživatelů v roce 2015 využívala sociální sítě. Největší část uživatelů na internetu dlouhodobě vyhledává informace o zboží a službách, avšak doménou Čechů na internetu je čtení online zpráv, kterému se věnovaly takřka dvě třetiny obyvatel, tj. 86 % uživatelů internetu (Malečková, 2015).

Výše uvedená data pocházející z Českého statistického úřadu naznačují, že online komunikace má zcela stěžejní význam v soudobé společnosti především díky její rozšířenosti a snadné dostupnosti. Masové rozšíření internetu s sebou přineslo i řadu prací, které se blíže zabývaly komunikačními fenomény spojenými s tímto prostředím. Komunikace v online prostředí má velké množství charakteristických vlastností a souvisí s mnoha psychologickými fenomény, které jí zcela odlišují od jiných druhů komunikace (Vybíral, 2009).

Samotný pojem online komunikace zahrnuje velké množství různých komunikačních cest a způsobů. Vzhledem k tématice této práce se v dalším textu pokusím zaměřit především na specifika komunikace v prostředí diskuzních fór.

#### **3.1 Specifika komunikace na diskuzních fórech**

##### **3.1.1 Vymezení diskuzních fór**

Internetová diskuze je stránka na internetu, kam lidé vkládají své názory a reakce a ty se následně na stránce zobrazují. Obecně lze rozlišit několik typů těchto diskuzí:

- **diskuze ke stránce nebo článku** - možnost diskuze je pouze doplňkovou funkcí k základnímu obsahu, umožňuje zpětnou vazbu. Předmětem diskuze může být jak samotný text, tak téma či produkt, jichž se týká.
- **návštěvní kniha (guestbook)** - místo pro reakci na konkrétní webový projekt, například na osobní nebo tematickou webovou stránku
- **diskuzní fórum** - obvykle je součástí rozsáhlejšího diskuzního projektu (diskuzní server), umožňuje zakládat nová diskuzní témata a členit je do skupin podle témat. Jednotlivé diskuze bývají vymezeny diskuzním tématem, nikoliv základním textem.
- **otázky a odpovědi** - některé veřejné instituce nabízejí veřejné zodpovídání dotazů, podnětů nebo stížností na speciální stránce. Charakteristické pro takové diskuze je očekávání, že k příspěvku se vyjádří odpovědný zástupce instituce. Některé takové stránky umožňují i vzájemnou diskuzi návštěvníků mezi sebou. Podobně fungující stránku si může založit každý.
- **chat** - krátká komunikace dvou i více osob prostřednictvím komunikační sítě. Komunikace probíhá vždy v reálném čase a formou psaného textu.

Diskuzní fóra, kterými se zabývá tato práce, se tedy od ostatních druhů internetových diskuzí liší v mnoha ohledech. Především se jedná o reakce na specifická diskuzní témata (např. Porod do vody), které mohou psát všichni uživatelé napříč širokou veřejností. Příspěvatelé také nemusí být ke stránce připojeni současně a reagovat bezprostředně, ale mohou reagovat i s odstupem mnoha dní či měsíců. Příspěvky jsou zpravidla delší než na chatu a zůstávají dlouhodobě přístupné i ostatním uživatelům (Kopecký, 2007).

Za zmínku stojí i poněkud neoborná, ale skvěle výstižná definice diskuzních fór od Hasalíka (2005). Ten považuje diskuzní fóra za místa na internetu, kde se setkávají uživatelé s různými názory, vášnivě mezi sebou debatují anebo jenom virtuálně tlachají o všem možném i nemožném. Někteří uživatelé se stali na diskuzích závislí a můžete je na serverech vidat téměř každý den. Na rozdíl od chatu bývají jednotlivé příspěvky často více propracované a obvykle v nich naleznete informace více či méně související s tématem.

### 3.1.2 Diskuzní fórum jako zdroj formování postojů

Jak již bylo zmíněno výše, postoje se mohou formovat mnoha různými způsoby. Převeďme-li teorii formování postojů do porodnické oblasti, lze předpokládat, že postoje o porodu si ženy mohou vytvářet na základě osobní zkušenosti, učení či sociálním přejímáním názorů

ostatních. A právě tento poslední bod – sociální vliv – je stěžejní činitel formování postojů žen na diskuzních fórech. Podobně jako živý rozhovor má totiž i internetová diskuze velký vliv na formování postojů, což lze např. doložit znalostí teorie sociálního srovnávání (Festinger, 1954), která vysvětluje, jakým způsobem lidé upravují své názory na základě srovnání s ostatními. Člověk se podle této teorie neustále snaží porovnávat své schopnosti a názory s vnějším světem, především v situacích, kdy nemá žádné objektivní měřítko správného chování. Tak se ostatní lidé stávají subjektivním měřítkem, podle kterého člověk upravuje nejen svoje postoje, ale i chování.

V prostředí diskuzních fór se pak můžeme setkat s jevy, jako je asimilace postojů, změna postojů či polarizace postojů. Asimilací postojů můžeme rozumět prosté přejímání postojů a jejich zakomponování do stávajících schémat jedince. Výzkum Asche (1951) poukázal na jev zvaný konformita, popisující právě tuto tendenci jedince přizpůsobovat se dominantnímu či většinovému názoru skupiny.

Pakliže postoj jiného člověka ovlivňuje a mění postoj příjemce, mluvíme o změně postoje. Změna postoje je závislá na mnoha faktorech:

- **proměnné týkající se zdroje** (za zdroj sdělení, resp. postojů jsou v tomto případě považovány nejen jednotlivé uživatelky fóra, ale i diskuzní fórum jako takové), jako je např. autorita zdroje (např. ženy, které o sobě prohlásí, že pracují jako porodní asistentky), důvěryhodnost zdroje (např. žena, která se vyjadřuje hanlivě) či sociální atraktivita zdroje (např. sympatický avatar).
- **proměnné týkající se sdělení** (resp. postoje jako takového) jako např. důvěryhodnost obsahu sdělení (např. postoj vycházející z přímé zkušenosti rodičky), emocionální účinek sdělení (např. popis porodní komplikace, která skončila smrtí dítěte) nebo jasnost sdělení (např. žena explicitně vyjádří, že je proti císařskému řezu z toho a toho důvodu).
- **proměnné týkající se příjemce**, jako např. osobnostní vlastnosti (např. žena s vysokou inteligencí a rozvinutým kritickým myšlením), zkušenosti (např. žena, která si sama prožila komplikovaný porod) či nálada (Hayes, 2011).

Všechny tyto faktory pak působí, či mohou působit, na výslednou změnu postoje. V poslední řadě stojí za zmínku jev zvaný polarizace postojů, který je v prostředí diskuzních fór často patrný. Skupinová polarizace, resp. polarizace postojů ve skupině je tendence lidí dělat ve

skupině (či ve skupinové diskuzi) extrémnější rozhodnutí než byl průměr rozhodnutí jedinců před skupinovou diskuzí, a to ve smyslu radikalizace původních postojů (Isenberg, 1986). Tento jev je tak potřeba mít na paměti při zkoumání postojů na diskuzních fórech, protože může působit také jako intervenující proměnná.

### **3.1.3 Charakteristiky diskuzních fór**

Každé diskuzní fórum má určitou strukturu. Nejčastěji se setkáváme s diskuzními fóry, která jsou tematicky zaměřená. V této práci jsou např. analyzována diskuzní fóra zabývající se mateřstvím. Diskutovaná témata jsou rozdělena do mnoha kategorií a subkategorií (rubrik). Např. na portálu emimino.cz můžeme najít 15 diskuzních kategorií (např. Snažíme se o miminko, Těhotenství a porod, Novorozenec a kojenec atd.) V každé z těchto kategorií je několik subkategorií (rubrik) – např. kategorie Těhotenství a porod zahrnuje rubriky Porodnice, Porod a šestinedělí, Těhotenství atd. V těchto rubrikách pak nalezneme stovky až tisíce diskuzních témat – např. v rubrice Porod a šestinedělí lze najít témata Aniball – zkušenosti, Sinusová tachykardie a porod, Bolavá kostrč po porodu, Porodila jsem v záchrance, Porod do vody apod. Tato témata stojí na konci celé hierarchie a dále se již nedělí. Jednotliví uživatelé pak mohou k těmto tématům přispívat svými názory a zkušenostmi.

Každé diskuzní fórum se vedle struktury liší i dalšími vlastnostmi, které mají velký vliv na způsob, kterým probíhá komunikace. Tyto vlastnosti se týkají především moderování a regulace fóra. Softwarové provedení může totiž umožnit diskuzi nějakým způsobem regulovat nebo řídit, k čemuž slouží následující nástroje:

- Registrace uživatelů: zaručuje, že pod určitým jménem nebo přezdívkou nebude v diskuzi vystupovat nikdo jiný, než ten, kdo si ji zaregistroval. Podmínkou registrace někdy může být uvedení osobních údajů, uhrazení účastnického poplatku nebo splnění jiných podmínek stanovených provozovatelem nebo moderátorem. Na některá fóra mohou přispívat i neregistrovaní uživatelé.
- Zobrazování IP adresy: na některých diskuzních serverech je u příspěvků zobrazována IP adresa vkladatele příspěvku nebo její část, což má oslabit pocit anonymity a nezodpovědnosti přispěvatelů.
- Moderátoři, odstupňování práv uživatelů: jednomu nebo více uživatelům může být zakladatelem diskuze nebo provozovatelem platformy svěřeno právo mazat, případně

přemísťovat vložené příspěvky nebo celé diskuzní stránky, popřípadě blokovat určité uživatele nebo IP adresy.

- Diskuze může být veřejná nebo neveřejná. Může být výčtem nebo typově vymezeno, kdo smí diskuzní fórum číst, a ještě úžeji může být vymezena možnost přispívat do diskuze. Některé diskuze jsou určeny pouze pro pozvané nebo jsou zpřístupněny zájemci pouze na žádost. Často bývají omezena práva neregistrovaných uživatelů a málo aktivních nebo čerstvě zaregistrovaných uživatelů.
- Zakládání nových diskuzních stránek (témat) může být buď umožněno jakémukoliv uživateli, nebo vyhrazeno například jen registrovaným uživatelům, jen moderátorům nebo jen provozovateli projektu.

Lze tedy předpokládat, že diskuzní fóra, která vyžadují přísnější podmínky pro registraci uživatelů a zároveň podléhají pečlivější kontrole ze strany moderátorů, budou obsahovat kvalitativně jiný obsah, než fóra v kterých si může psát „kdo chce, co chce“.

Vzhledem k povaze této práce je podstatné zmínit se také o tom, jaké nejčastější funkce plní internetová diskuzní fóra, resp. si položit otázku, z jakého důvodu lidé vyhledávají tyto stránky. Pendry a Salvatore (2015) zmiňují mezi nejčastějšími důvody potřebu vyhledávání informací, potřebu informace předávat a sdílet (sebevyjádření), potřebu sociálního kontaktu obecně, potřebu sociálního kontaktu s lidmi s podobným smýšlením a potřebu emoční podpory v určité situaci. I při analýze diskuzních fór s mateřskou tematikou, která je náplní praktické části, byly všechny tyto funkce z příspěvků patrné.

### **3.2 Rozdíly mezi běžnou a online komunikací**

Elektronická komunikace je ve srovnání s komunikací běžnou odlišná v mnoha různých ohledech. Elektronická komunikace je do jisté míry velmi otevřená a neřízená, uživatelé komunikují množstvím různých komunikačních kanálů s využitím širokého spektra komunikačních kódů (jazyk, akronymy, emotikony, grafické a vizuální symboly apod.) Ačkoli existují, v praxi nejsou většinou dodržována jistá komunikační pravidla (tzv. netiketa) – tu dodržuje velmi málo uživatelů. Tato situace je dána na jedné straně anonymitou uživatelů (nelze přesně identifikovat původce sdělení, čímž se tříští odpovědnost za předané sdělení), na straně druhé nejednotností a nestandardizací komunikačních platforem (nikoli technologickou, ale sociální a komunikační). Elektronická komunikace je navíc hromadná, vzájemně mohou komunikovat stovky i tisíce uživatelů (např. právě na diskuzních fórech). E-

komunikace je rovněž časově a místně neomezená, lze komunikovat s kýmkoli, kdekoli a kdykoli (Kopecký, 2007).

E-komunikace je závislá na technologickém zabezpečení, tedy je nutné mít k dispozici hardwarové a softwarové vybavení, kterým však, jak bylo ukázáno výše, disponuje dnes již naprostá většina lidí. E-komunikace je rovněž spojena s věkem a počítačovou gramotností. Do jisté míry také popírá společenské role komunikujících – komunikují lidé různého věku a různého postavení, což je dáno právě anonymitou. V této anonymitě jsou lidé zastoupeni ve velké míře přezdívkami (nicky) či dokonce zástupnými postavami, človičky, „obličejíčky“ – tzv. avatary (Kopecký, 2007).

Textová online komunikace je také ochuzena o smyslové vnímání – komunikující svůj protějšek necítí, neslyší, nemůže ho nahmatat a z vizuální stránky vnímá pouze verbální složku psaného projevu, prostou většiny emocí. Textová komunikace také bývá ve většině případů archivována v prostředí internetu a je tedy kdykoli zpětně dohledatelná (Suler, 1998).

Všechny tyto obecné vlastnosti online komunikace jsou charakteristické i pro komunikaci na diskuzních fórech. Tato specifika pak vedou k tomu, že obsah diskuzních fór se kvalitativně liší od obsahu jiných komunikačních oblastí.

### **3.3 Psychologické aspekty online komunikace**

Specifika online komunikace vytváří komunikační prostředí, ve kterém se objevuje velké množství zajímavých psychologických fenoménů. Uvědomění těchto fenoménů nám může pomoci blíže pochopit způsoby, kterými se uživatelé na diskuzních fórech projevují.

Například archivace textové komunikace, která byla zmíněna výše, může vést k tomu, že si jsou účastníci komunikace vědomi toho, že jejich názory jsou kdykoliv zpětně dohledatelné. Toto vědomí může vyústit v úzkost a nedůvěru a dále pak v nechuť sdělovat o sobě osobní informace, nebo v tendenci tyto informace záměrně zkreslovat a upravovat tak svou identitu (Mansell, 2012).

Anonymita online komunikace ústí v jakousi internetovou rovnoprávnost. Každý uživatel internetu má stejné právo se vyjádřit nezávisle na svém socioekonomickém statutu. Všichni začínají se stejným potenciálem vybudovat si určitou virtuální identitu, což bývá označováno jako „internetová demokracie“ (Dyson, 2001). Seznamujeme se a začínáme konverzovat s kýmkoliv na určitém serveru, bez ohledu na to, z jakého prostředí on nebo my pocházíme. Na

internetu určují vliv, který má uživatel na ostatní, jeho komunikační dovednosti, schopnost vyjadřovat názory v písemné formě a kvalita jeho myšlenek.

Prostředí internetu umožňuje propojení rozsáhlého počtu uživatelů z různých prostředí. V relativně krátkém časovém úseku se uživatel může dostat do kontaktu se stovkami i tisíci dalších lidí. To mimo jiné vede ke ztrátě exkluzivity a výjimečnosti takových vztahů a k jejich relativnímu znehodnocení či k povrchnosti. Také se ale snadno na jednom místě může setkat velké množství lidí s extrémním názorem, kteří by se v reálném světě potkali jen zřídka, což může vést k domněnce o obecné rozšířenosti daného názoru (Vybíral, 2009).

Anonymita může být také výrazným katalyzátorem proměnlivosti identity (Baym, 2010). Vzhledem k tomu, že anonymita ve velké míře znemožňuje ověřit totožnost komunikačního partnera, je snadné pozměnit jakékoliv údaje o sobě a identity libovolně měnit či zakládat nové. Při textové komunikaci je možnost změny identity téměř neomezená, člověk může vystupovat pod přezdívkou, jiným pohlavím, věkem, povoláním a jakýmkoliv dalšími údaji, které druhé straně vyšle, a toto chování s libovolnou frekvencí měnit (Šmahel, 2003).

Matheson a Zanna (1988) mluví o dvou komponentách sebepojetí v prostředí internetu – vnějším a vnitřním vědomí sebe sama. Zatímco vnější vědomí sebe sama představuje to, jak nás vidí ostatní, jak nás hodnotí a co si o nás myslí, vnitřní vědomí sebe sama je vlastním uvědoměním si sebe sama, svých potřeb, motivací a cílů. Podle teorie dvou komponent sebepojetí je ve virtuálním prostředí vnější komponenta mnohem slabší než v reálném prostředí, naopak vnitřní komponenta výraznější než při komunikaci tváří v tvář (Šmahel, 2003). Pokud tedy člověk komunikuje elektronicky, je zaměřen více sám na sebe, na své pocity a méně vnímá to, jak ho hodnotí okolí. V souvislosti s tím Schouten, Valkenburg a Peter (2009) ve svém experimentu prokázali, že v online komunikaci účastníci sdělovali statisticky významně více informací o intimních tématech, než při komunikaci tváří v tvář.

Častým jevem v sociálním prostředí je také disinhibice, která vyjadřuje odložení zábran, ztrátu nebo překonání nesmělosti, plachosti a ostychu. V pozitivním slova smyslu znamená jistou otevřenost a smělost v komunikaci a uvolnění zábran, vede však často k úplné nevázanosti na normy, která může být až anomální (Vybíral, 2009). Ve výzkumu, který Vybíral dělal mezi mladými uživateli chatu, vyzdvihovali dvacetiletí vysokoškoláci jako příznak komunikační disinhibice více vtipnosti, odvázanosti a prosazování se při internetové

komunikaci. Někteří také zmiňovali, že ve virtuálním prostředí si dovolí rozčítit se, přestože v reálné situaci by se ovládli (Vybíral, 2009).

Jako možný pozitivní důsledek disinhibice na internetu můžeme vnímat uvolnění potlačených emocí, strachu nebo přání a jejich komunikace, lidé se díky tomuto efektu často chovají velkoryse a jdou velmi daleko, aby pomohli ostatním. Této formě říkáme „benigní disinhibice“. Na druhé straně mohou být lidé více kritičtí, neslušní, nenávistní nebo vyhrožující a navštěvovat místa internetového podsvětí propagující násilí a zločin, kam by v reálném světě nikdy nevčkročili. To je příznakem „toxické disinhibice“ (Suler, 2001).

Výše uvedené poznatky je dobré mít na paměti při analýze jednotlivých příspěvků na diskuzních fórech a také při jejich interpretaci. Charakteristiky typické pro online komunikaci a také výše zmíněné fenomény mohou totiž působit jako intervenující proměnné a zkreslovat tak výsledky praktické části této práce.

## **4 Postoje žen k porodům**

Porodní péče je v České republice na velmi vysoké úrovni a za posledních 20 let došlo ke zvýšení kvality péče i po stránce psychologické. Rodící ženu může k porodu doprovázet otec dítěte či jiná blízká osoba, díky rekonstrukcím mnoha porodnic se podařilo zajistit rodičům ženám větší soukromí a vytvořit přívětivější prostředí porodních sálů, ve většině porodnic je dobře zaveden systém rooming-in (společné ošetřování matky a novorozence), jsou umožňovány návštěvy rodinných příslušníků včetně dětí a je rovněž kladen větší důraz na podporu kojení (Sobotková, Štembera, 2003).

I přes pozitivní vývoj ve zmíněných oblastech se však psychologické a psychosociální aspekty porodu často ocitají až na druhém místě za technickým a lékařsky odborným zabezpečením. Objevují se tak názory žen, které vnímají péči ve zdravotnickém zařízení jako neosobní, rutinní a málo ohleduplnou. Spolu s rostoucím množstvím dostupných informací o různých porodních alternativách stoupá i počet žen, které mají konkrétní představy a očekávání o průběhu svého porodu a chtějí se na rozhodování o způsobu jeho vedení aktivně podílet. Ačkoliv v našem zdravotnictví do jisté míry stále přetrvává paternalistický model, podle něhož rodička přijímá v průběhu porodu pasivní roli „pacienta“ a následuje instrukce zdravotnického personálu, který zároveň rozhoduje o provádění veškerých intervencí včetně medikace, pro mnohé ženy přestává být tento model udržitelný a kromě většího zapojení do



rozhodování a větší míry kontroly nad průběhem vlastního porodu žádají i klientský přístup a maximálně vstřícnou a podpůrnou atmosféru (Takács et al., 2012).

V následujícím textu budou nejprve v krátkosti popsány hlavní současné přístupy k porodům a nejčastěji diskutované zákroky a typy porodů. Zároveň tak bude poukázáno na vývojové trendy a současný stav v českém porodnictví. Dále vysvětlíme, z jakého důvodu je důležité věnovat pozornost postojům žen k různým aspektům porodu. V poslední řadě se pokusíme na výzkumech z ČR i zahraničí demonstrovat současné vědecké poznání o postojích žen k porodu.

## **4.1 Druhy porodů a jejich vývoj v čase**

Rozdílnost postojů k porodu, která je zkoumána v praktické části této práce, je nejčastěji patrná ve vztahu k různým způsobům vedení porodu a s nimi souvisejícími typy zákroků v průběhu porodu.

### **4.1.1 Lékařsky vedený a přirozený porod**

Mezi dva hlavní způsoby vedení porodu, které rozdělují laickou i odbornou veřejnost na dva pomyslné tábory a které vedou k často velmi intenzivním diskuzím, patří lékařsky vedený porod (nazývaný též klasický) a přirozený porod.

Lékařsky vedený porod se na území ČR začal užívat po 1. světové válce. Tato praxe spočívá v urychlení porodu a tlumení bolesti medikamenty a invazivními technikami. Tento způsob vedení porodu měl zajistit bezpečnost rodičky a plodu, díky preventivním činnostem lékaře za účelem eliminace možných komplikací, i jejich psychosomatický komfort plynoucí z minimalizace bolesti (Zeman & Doležal, 2000). Lékařsky vedený porod byl umožněn rozvojem porodní analgezie, objevem sterilizace, aseptických zákroků a účinků oxytocinu pro urychlení porodu. Vzhledem k velkým nárokům ho bylo možné uskutečnit pouze v nemocnicích. Spolu s tím, jak se rodičky stále více soustřeďovaly do nemocnic, se aktivní lékařsky vedený porod stával všeobecnou a rutinní praxí (Hašková, 2001b). Koncem 50. let již v porodnicích pod dohledem lékařů rodilo více než 80 % rodiček (Heitlinger, 1987).

Idea aktivního lékařsky vedeného porodu tak, jak se uchytila v rámci porodní praxe v ČR (ale i většině jiných států euro-americké civilizace) spočívá v aplikaci analgetik a předporodní předoperační přípravě (klystýr, holení), upoutání rodičky do polohy vleže na porodním stole, izolaci od jiných lidí než zdravotníků, v dodržování striktních pravidel pro udržení sterility

okolí rodičky a dítěte, aplikaci oxytocinu na urychlení děložních stahů a provedení epiziotomie (nástřihu hráze) na konci 2. doby porodní. Po představení a rozšíření elektronického fetálního monitoringu do porodnic bylo do tohoto způsobu vedení porodu zakomponováno i jeho kontinuální užívání během porodu (Wagner, 2000).

Koncepce přirozeného porodu (někdy nazývaného alternativní) je vyústěním kritiky modelu lékařsky vedeného porodu. Tento termín zpopularizoval v první polovině 80. let porodník Michel Odent svou knihou „Přirozený porod“. Vedení přirozeného porodu je založeno na důvěře v instinktivní a intuitivní chování ženy během porodu, které nesmí být narušováno ani aktivními zásahy zdravotníků. Přirozený porod má zajistit bezpečnost rodičky a plodu i jejich psychosomatický komfort plynoucí z odbourání zbytečného strachu z porodu. Aktivita lékařů, kromě psychické podpory rodičky a občasné neinvazivní kontroly postupu porodu, je nahlížena z hlediska možných iatrogenních efektů, které mohou být rizikové (Odent, 1995).

S příchodem tohoto způsobu myšlení došlo k bouřlivým diskuzím v rámci různých aspektů porodu. Výhody spjaté s praktikovaným odebíráním dětí matkám hned po porodu (profesionální péče o dítě, eliminace přenosu infekce atd.) začaly být srovnávány s možnými riziky psychologických i fyziologických následků odloučení matky a dítěte po porodu. Definici rizik přítomnosti otců u porodu vystřídal definice rizik jejich nepřítomnosti. Začala být zpochybňována nezbytnost polohy rodičky vleže během porodu atd. Podobných konfliktů lze najít velké množství (Hašková, 2001b).

Ačkoliv byla diskuze o přirozených porodech v západní Evropě brzy rozšířena i mezi širokou veřejností, do ČR se tato koncepce dostala mezi laickou veřejností jako celek ve větší míře až v polovině 90. let, a to poté, co byl publikován právě překlad Odentovy knihy a dalších zahraničních knih, obsahujících kritiku aktivně lékařsky vedených porodů (Hašková, 2001b).

Závěrem je třeba zdůraznit, že polemika mezi těmito dvěma způsoby vedení porodu se netýká vedení porodů patologických, které se řeší zásahy akutní biomedicínou. Zastánci přirozených porodů totiž povětšinou neodmítají vymoženosti současné lékařské vědy a techniky, ale rozcházejí se s příznivci klasického porodu v tom, kdy je využít (Hašková, 2001b).

#### **4.1.2 Nejčastěji diskutované zákroky a typy porodů**

Postoje rodiček k porodu tedy leží, jak vyplývá z předchozí kapitoly, na kontinuu lékařsky vedený porod – přirozený porod. Vedle této nejviditelnější diskuze dochází k debatám i v oblastech zabývajících se jednotlivými zákroky či dalšími typy porodů.

**Císařský řez** je porodnická operace, během které je novorozenec vybaven z děložní dutiny cestou chirurgicky otevřené břišní stěny. Po druhé světové válce, zejména pak od sedmdesátých let, došlo k nebývalému nárůstu frekvence císařských řezů na úkor vaginální operativy. Tento vývoj souvisel především s obecným rozvojem lékařské vědy a techniky. V současné době lze v ČR císařský řez provést jedině v případě zdravotní indikace. Současně však existují ženy, které preferují císařský řez před přirozeným porodem a to nejčastěji z důvodů obav ze zdravotních následků vaginálního porodu či strachu z porodního procesu samotného (Takács, Sobotková & Šulová, 2015). Současnou situaci provádění císařských řezů lze nejlépe vidět na údajích Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR, která ukazují, že v roce 2013 bylo císařským řezem zakončeno 25,6 % porodů, což je zhruba dvakrát více než v roce 2000 (Pavlíková, 2015). Je nepopiratelné, že zvýšením frekvence císařských řezů z důvodu záchrany plodu došlo v poslední dekádě 20. století k výraznému poklesu perinatální mortality bez výrazného nárůstu perinatální morbidity. Vyšlo však najevo, že překročením hranice 13-15% podílu na všech porodech tato operace přestává zlepšovat perinatální výsledky a do popředí naopak vystupují její rizika (Štembera, Dittrichová & Sobotková, 2014). Údaj lze také porovnat s doporučením WHO, která považuje za ideální množství vykonaných císařských řezů hodnotu mezi 10 a 15 % (WHO, 2015).

Často zmiňovaným tématem je **podávání analgezie** v průběhu porodu. Nejčastěji se jedná o epidurální analgezii, tedy přechodné přerušení nervových vzruchů podáním anestetika/analgetika do epidurálního prostoru v lumbální oblasti páteře, které vede ke snížení či odstranění porodní bolesti (Pařízek, 2012). I epidurální analgezie může být spojena s mnoha vážnými riziky, ale na rozdíl od císařského řezu ji lze aplikovat i na žádost rodičky po posouzení možných kontraindikací.

Množství debat je spojeno také s umělým **vyvoláváním porodu**. Postup při vyvolávání porodní činnosti se liší podle toho, zdali se provádí ve vypočteném termínu porodu, nebo před ním, a podle otevření hrdla dělohy. V termínu, při hrdle dostatečně otevřeném, často stačí jen uměle protrhnout vak plodových obalů. Po odtoku plodové vody nalehne hlavička na dolní část dělohy a vyvolá děložní kontrakce. Pokud jsou kontrakce slabé, je možné je zesílit hormonem oxytocinem, který se podá z infúze do žíly matky. Při uzavřeném děložním hrdle se podávají prostaglandiny. Ty způsobí jak otevření hrdla dělohy, tak i vyvolání kontrakcí dělohy (Pařízek, 2015). Ačkoliv může být vyvolání porodu lékařsky opodstatněné a vhodné, nese s sebou i řadu rizik spjatých s narušením přirozeného průběhu porodu – nejčastěji se

mluví o vyšší bolestivosti porodu, zvýšeném riziku klešťového porodu, porodu s pomocí vakuum extraktoru, ale i císařského řezu (Amis, 2014).

Velmi frekventovaným a často diskutovaným zákrokem v průběhu porodu je **epiziotomie** neboli nástřih hráze. Jedná se o chirurgické rozstřížení stěny vagíny a kůže a svalů v oblasti hráze, jehož cílem je zvětšení poševního otvoru. Jde o nejčastěji praktikovaný chirurgický zákrok při porodu, jehož indikace je velmi nadužívaná (Rušavý et al., 2011). Statistické údaje poukazují, že epiziotomie byla v roce 2013 provedena u 31,6 % všech porodů, resp. u 42,4 % vaginálních porodů (ÚZIS, 2015). I v souvislosti s tímto zákrokem existuje však množství pochybností ohledně pozitivních dopadů na porod (Muhleman et al., 2017). Ženy si proto vzájemně doporučují různé předporodní přípravné praktiky, které mají vést k prevenci epiziotomie i natrhnutí – mezi ně patří např. masáž hráze či cvičení s gynekologickým balónkem Aniball či Epi-no.

Debata vzniká i v případě tzv. **vaginálních extrakčních operací**, které se používají nejčastěji jako řešení akutně vzniklých porodních komplikací, a to zejména nedostatku kyslíku u plodu nebo nedostatečných děložních kontrakcí u matky. Patří sem tzv. klešťové porody, kdy je dítěti pomáháno na svět prostřednictvím speciálních kleští, a dále vakuumextrakce, která využívá podtlaku na tělo dítěte, čímž také umožňuje urychlení porodu. Podíl klešťových porodů a porodů pomocí vakuumextrakce je v ČR jeden z nejnižších na světě: celosvětově uznávaná frekvence extrakčních operací je 7–8 %, u nás se však pohybuje na úrovni pouhých 2 %, přičemž dochází k pomalému přesunu od klešťových porodů k vakuumextrakcím (Takács, Sobotková, & Šulová, 2015).

Téma, které vyvolává velké emoce a rozpory mezi odborníky i laiky, je také **porod doma**. Jedná se o typ porodu, ke kterému se uchylují striktní zastánkyně přirozených porodů. Důvody pro volbu tohoto porodu v podstatě vycházejí z myšlenkových proudů přirozeného porodnictví – např. touha prožít porod v přirozeném, bezpečném, domácím prostředí, snaha vyhnout se lékařským zákrokům a medikamentům, strach z odloučení dítěte po porodu. Ačkoliv není porod doma legislativně zakázán, je odborným lékařským společenstvím dosud velmi kritizován. Rodičky, které plánují domácí porod, jsou ve většině případů v kontaktu s vlastní porodní asistentkou či doulou, jejichž pozice jsou však stále velmi náročné, neboť se jim nedostává žádné podpory ze strany státního systému zdravotní péče (Štomerová, 2005). Z dostupných statistik nelze vyčíst, jak velké množství matek rodí doma, avšak Hašková (2001b) ve svém výzkumu mluví o 15% podílu matek, které tuto formu porodu jednoznačně

schvalují, a téměř 30% podílu dalších žen, které tuto možnost spíše podporují (Hašková, 2001b).

Na půl cesty mezi lékařsky vedeným porodem v nemocnici a přirozeným porodem v domácím prostředí leží **ambulantní porody** a **porody v porodním domě**. U ambulantního porodu žena rodí v nemocnici a odchází zpravidla do 24 hodin z nemocnice. V případě porodního domu žena rodí v přítomnosti své porodní asistentky ve specializovaném a lékařsky vybaveném prostředí, kde však nedochází k rutinním lékařským zákrokům a ke každému porodu je přistupováno velmi individuálně (Štromerová, 2005). V ČR tato péče není ještě příliš rozšířena především z důvodu absence legislativní podpory.

## **4.2 Proč se zabývat postoji žen k porodu**

Zohledňování psychosociálních aspektů v perinatální péči přináší četná pozitiva jak na rovině psychologické, tak na rovině somatické. Příznivé psychosociální klima v období kolem porodu představuje jeden z nejdůležitějších předpokladů pro spokojenost nastávajících matek s porodním zážitkem, který je z psychologického hlediska velmi významným milníkem: výzkumy ukazují, že ovlivňuje míru psychické odolnosti v rodičovství a může mít bezprostřední i dlouhodobý efekt na vztah ženy k dítěti a partnerovi (Bryanton et al, 2008; Sosa et al., 1989, Ayers, Eagle & Waring, 2006). Špatná porodní zkušenost přispívá k rozvoji poporodního smutku (tzv. baby blues) a poporodních depresí (Righetti-Veltema, 1998) a může rovněž vyústit v odmítání dalšího těhotenství, elektivní císařský řez při dalším porodu či v následnou infertilitu (Tschudin et al., 2009; Gottvall & Waldenström, 2002). Negativní hodnocení intrapartální péče vytváří v kombinaci s vyšší mírou lékařských intervencí v průběhu porodu silný prediktor rozvinutí symptomů posttraumatické stresové poruchy (Creedy, Shochet & Horsfall, 2000) a pozornost by měla být věnována i dopadu nevstřícné atmosféry v porodnici a nedostatečně podpůrného přístupu personálu na zahájení kojení (Takács et al., 2011). Připomeňme i to, že podle průzkumů je právě rozčarování z nevlídného přístupu středního zdravotnického personálu hlavním důvodem pro rozhodnutí ženy родit napříště v domácím prostředí (Hašková, 2001b).

Porod je hormonálně řízený děj, jehož průběh závisí i na prostředí, v němž se rodící žena nachází. Bylo prokázáno, že psychosociální podpora poskytovaná ženě v průběhu porodu zkracuje délku jeho trvání a snižuje výskyt porodních komplikací (Hodnett, Osborn, 1989; Kashanian, Javadi & Haghighi, 2010; Langer et al., 1998). Prožívá-li rodící žena naopak stres,

zvyšuje se hladina hormonů katecholaminů, které mohou zastavit a zpomalit produkci hormonu oxytocinu nezbytného pro děložní kontrakce a mohou rovněž snížit průtok krve placentou (Lederman et al., 1978, Leifer, 2004). Stres a úzkost prožívané rodičkou mohou mít za následek i větší citlivost na bolest (Leifer, 2004) a v návaznosti na to častější užívání analgezie a anestezie, které jsou kromě negativního dopadu na postup porodu (omezení děložní aktivity, prodloužení doby trvání porodu, zvýšené riziko operativního porodu) asociovány i s rizikem dechové tísně plodu, nižšího Apgar skóre a vyššího výskytu abnormalit chování novorozenců (Behrens et al., 1993; Leighton & Halpern, 2002; Goodfellow et al., 1983; Enkin, 1998, Murray et al., 1981; Ransjö-Arvidson et al., 2001). Uvedené studie vypovídají o tom, že jednostranný důraz na čistě somatickou a technickou stránku porodu a nedostatečná psychická podpora rodičky mohou mít za následek nejen menší spokojenost žen s porodním zážitkem a s péčí v porodnici, ale paradoxně i nárůst zdravotních komplikací.

Zvýšíme-li tedy úroveň a rozšíříme-li možnosti poskytované perinatální péče ve směru požadavků rodiček, povede to k jejich celkové vyšší spokojenosti, která se, jak plyne z výše uvedeného textu, může významným způsobem odrazit v psychickém i somatickém zdraví nejen matky a dítěte, ale i rodiny jako celku a všech dalších osob zaangażovaných kolem porodu. Abychom však mohli začít uvažovat nad možnými změnami v perinatální oblasti, je nejprve potřebné vědět, jaké jsou současné postoje žen k českému porodnictví, jaké mají ženy potřeby a do jaké míry jsou s jednotlivými oblastmi kolem porodu spokojeny.

### ***4.3 Světové studie zabývající se postoji žen k porodům***

Zatímco v českém prostředí nacházíme pouze dvě publikované studie zabývající se postoji žen k porodům (viz dále), za hranicemi ČR se nám naskýtá mnohem větší množství studií i širší škála témat. Ačkoliv mezi tématy jednoznačně převažují výzkumy zabývající se postoji žen k císařskému řezu a strachu z porodu, nalezneme mezi nimi několik studií zabývajících se postoji k porodu i z širší perspektivy. Právě tyto studie jsou nejvýznamnější pro účely této práce. Pokusíme se zde tedy uvést nejzajímavější poznatky z této oblasti ze světových publikací. Je ovšem třeba zdůraznit, že ačkoliv mohou být výsledky zahraničních studií inspirativní, nelze je zobecnit na českou populaci, především z důvodu naprosto odlišného zakotvení porodnictví v legislativě i kultuře dané země (např. císařský řez může být v některých zemích prováděn na přání rodičky, podobně jako porod doma může být v některých zemích běžnou a v legislativě zakotvenou praxí atd.). Fenwick et al. (2009) tuto skutečnost výstižně vyjadřuje – kulturní pojetí porodu je různé napříč státy, což se následně

promítá do legislativy a porodní praxe, stejně tak se však legislativa a porodní praxe promítá zpět do postojů žen k porodům.

Jednu z nejaktuálnějších a nejkompexnějších studií představili Edmonds, Cwierniewicz a Stoll (2015), kteří zmapovali postoje 758 amerických netěhotných a bezdětných dívek ve věku od 18 do 24 let. Zjistili, že 86 % dívek by preferovalo vaginální porod, zatímco 14 % dívek porod císařským řezem. Dotazem zaměřeným na preferované místo porodu zjistili, že 93 % dívek by rádo porodilo v nemocnici, 5 % v porodním domě a pouze 11 dívek (1,5 %) by volilo porod doma. Dále odhalili, že 45 % dívek by si za „průvodce porodem“ vybralo porodníka, zatímco 9 % by upřednostnilo porodní asistentku a 7 % rodinného lékaře, zbylé dívky (39 %) nebyly rozhodnuty. Zajímavé výsledky poskytl také dotaz na tišení bolesti v průběhu porodu – 32 % dívek vyjádřilo přání dostat co nejvíce analgetik, aby vůbec necítily bolest, 58 % dívek by rádo dostalo co nejmenší množství analgetik, tak aby se bolest stala zvládnutelnou, a zbylých 10 % respondentek striktně odmítá analgetika navzdory velké bolesti. Výzkumníci se dále doptávali, z jakých důvodů dívky zvolily vaginální porod resp. císařský řez. Respondentky preferující vaginální porod svůj výběr odůvodňují tradičností a přirozeností tohoto typu porodu (66 %), snahou vyhnout se velké operaci (40 %), větší bezpečností (17 %) a rodinnou tradicí (2 %). Naopak zastánkyně císařského řezu odůvodňují svůj postoj strachem z vaginálního porodu a z bolesti (45 %), snahou zabránit změnám v těle (19 %), rodinnou tradicí (6 %), větší bezpečností (5 %) a malým vzrůstem pro zvládnutí vaginálního porodu (4 %). Respondentky odpovídaly na množství dalších otázek dotazníku Childbirth Attitudes Scale, z nichž některé odpovědi lze zdůraznit – 96 % žen považuje porod za normální proces a 83 % za proces, který ženu změní, 81 % žen věří, že jejich tělo dokáže porod zvládnout, ale zároveň se 89 % obává intenzity porodních bolestí. V poslední řadě bylo zjištěno, že v odpovědích na naprostou většinu jednotlivých otázek dotazníku byly statisticky významné rozdíly v závislosti na preferenci vaginálního porodu resp. císařského řezu – například 68 % dívek preferujících vaginální porod se domnívá, že zvládne překonat porodní bolesti oproti 33 % zastánkyň císařského řezu.

Rozdílné postoje žen preferujících císařský řez resp. vaginální porod byly pozorovány i v dalších studiích. Ve studii Haucka et al. (2016) například 84 % bezdětných žen preferujících císařský řez souhlasilo s tvrzením: „Je právo žen zvolit si porod císařským řezem i bez zdravotní indikace“, oproti 59 % žen zastávajících přirozený porod. Dále byly rozdíly shledány v následujících tvrzeních – chirurgický zákrok při císařském řezu mě neznepokojuje (42 % resp. 17 %), ženské tělo se rychleji zotaví z císařského řezu než z přirozeného porodu

(10 % resp. 2 %), mám obavu z toho, co těhotenství a porod udělá s mým tělem (49 % resp. 28 %), porodní technologie dělá porod snazším (71 % resp. 52 %), při porodu jsou nezbytné lékařské zákroky i v případě nekomplikovaného porodu (25 % resp. 14 %), porodní technologie je nezbytná k přivedení dítěte na svět (24 % resp. 8 %).

#### **4.3.1 Postoje k císařskému řezu**

Podobně jako ve studii Edmondse, Cwierniewiczze a Stolla (2015) byla i v dalších studiích pozorována velmi podobná míra preference císařského řezu mezi netěhotnými, bezdětnými ženami. Lampman a Phelps (1997) popsali 13% preferenci císařského řezu na vzorku 102 vysokoškolských studentek z Aljašky a Gallagher et al. (2012) 12,5% preferenci císařského řezu mezi 140 mladými Kanadankami. Poněkud menší (9%) byla preference císařského řezu v rozsáhlé studii Stolla et al. (2009) provedené na 3680 vysokoškolačkách z Britské Kolumbie. Mezi evropskými studiemi lze jmenovat švédskou studii (Hildingsson et al., 2002), která na vzorku 3000 žen zjistila 8% preferenci císařského řezu, norskou studii (Kringeland, Daltveit & Moller, 2009), kde na vzorku bezmála 56 tisíc těhotných žen pozorovali 10% preferenci sekce. V poslední řadě i studii z Itálie (Torloni et al., 2013), kde byla naměřena 20% preference císařského řezu u 1000 respondentek. Tyto výrazné rozdíly se nejčastěji vysvětlují historickými, kulturními a legislativními důvody (Fenwick et al., 2009).

Nebudeme-li se omezovat na studie zabývající se pouze budoucími prvorodičkami, lze jmenovat komplexní metaanalýzu 38 studií (N = 19403) z různých států, která přišla se závěrem, že nejnížší míru preference císařského řezu mají ženy, které ho do té doby nikdy nepodstoupily (10%), naproti tomu nejvyšší preferenci mají ženy, které už císařským řezem rodily (29%). Celkově se pak jednalo o bezmála 16% preferenci (Mazzoni et al., 2011). Ačkoliv média tvrdí, že nárůst počtu císařských řezů je dán jeho aktivním vyhledáváním ženami bez zdravotních indikací, metaanalýzy studií tomu nenasvědčují. Tento faktor se na nárůstu počtu císařských řezů může podílet, není však stěžejní (Gamble & Creedy, 2000; Mazzoni et al., 2011; Haines et al., 2012). Naopak americké studie Declerqua et al. (2007b, 2014) zaznamenaly nárůst tlaku na rodičky, co se týče zdravotnických zákroků. Tlak na císařský řez se podle odpovědí rodiček zvýšil mezi těmito dvěma studiemi z 9 % na 13 %, na epidurální analgezii ze 7 % na 15 % a na umělé vyvolání porodu z 11 % na 15 %. Méně než polovina žen (41%) se mohla rozhodnout ohledně epiziotomie.



V jiných studiích bylo opakovaně prokázáno, že ženy, které preferují či sympatizují s císařským řezem, tento postoj nejčastěji zastávají kvůli strachu z vaginálního porodu či kvůli snaze vyhnout se porodním bolestem (Cleeton, 2001; DeJoy, 2010; Stoll et al., 2009; Stoll et al., 2014). K této skutečnosti se pojí zajímavá poznámka, kterou ve své práci uvádí Declercq et al. (2008), že ačkoli ženy spojují bolest s přirozeným porodem, opomíjejí často akutní a mnohdy chronickou bolest po velké břišní operaci, jakou je císařský řez. Tento fakt podporuje i studie, ve které bylo prokázáno, že 10 týdnů po porodu byla vyšší prevalence fyzických i psychologických komplikací u žen, které absolvovaly císařský řez (Fenwick et al., 2012).

Zajímavé jsou i závěry studie, která se snažila zmapovat postoje žen k císařskému řezu, které absolvovaly předem plánovanou sekci. Ze 117 žen bylo 78 % žen spokojených s průběhem plánované sekce. Autorky se však především soustředily na důvody, které nejvíce ovlivňovaly celkovou spokojenost resp. nespokojenost s tímto druhem porodu. Ženám spokojeným s plánovanou sekci přišlo, že jsou zahrnuty v celém porodním procesu (plánování, rozhodování atd.) Dále oceňovaly, že mají dostatek informací, a že vědí, co se právě děje. Také velmi kladně hodnotily možnost bondingu bezprostředně po operaci a celkovou profesionální péči ze strany zdravotníků. Naopak ženám, které byly nespokojené s průběhem plánovaného císařského řezu, vadila absence možnosti podílet se na rozhodování, neinformovanost a nezodpovězení důležitých otázek, odloučení od dítěte a partnera v průběhu porodu a po něm a nedodržení porodního plánu. Je vidět, že spokojenost resp. nespokojenost vychází z velmi podobných oblastí, což poukazuje na význam zaměření pozornosti na tyto klíčové faktory (Lewis et al., 2014).

#### **4.3.2 Strach z porodu**

Vzájemný vztah mezi strachem z porodu a postoji k porodu je jednou z nejčastěji zkoumaných skutečností v této oblasti. Strach z porodu může dosahovat různé intenzity od běžných a přirozených obav, které zažívají do jisté míry všechny ženy, přes více či méně silné úzkosti až po fobii, která se může projevovat nočními můrami, fyzickými obtížemi, poruchami pozornosti, přáním родit císařským řezem apod. (Saisto & Halmesmäki, 2003) Porody žen vykazujících větší strach z porodu jsou častěji zakončeny akutním císařským řezem, v průměru déle trvají a ženy s nimi vykazují větší nespokojenost (Adams, Eberhard-Gran & Eskild, 2012; Nilsson et al., 2012; Waldenström, Hildingsson, & Ryding, 2006). Dále větší strach z porodu vykazují ženy očekávající první dítě spíše než ženy, které již rodily (Hanna-Leena Melender, 2002; Rouhe et al., 2009). Strach z porodu souvisí převážně

s očekávanou bolestí, špatnou předchozí porodní zkušeností (Nilsson et al., 2012; Rouhe et al., 2009; Størksen et al., 2013), předchozími porodními komplikacemi (Størksen et al., 2013), jako je mj. i akutní císařský řez (Nilsson et al., 2012), dále pak i s osobnostními vlastnostmi ženy, jako je úzkostnost či nízké sebevědomí, s nespokojeností v partnerském životě, s nedostatkem sociální podpory (Saisto et al., 2001) a s psychickým či fyzickým týráním a sexuálním zneužíváním v dětství (Lukasse et al., 2010). V poslední řadě je vyšší strach z porodu spojován s nižším věkem matky, nižším vzděláním a nezaměstnaností (Laursen, Johansen, & Hedegaard, 2009).

Již zmíněná kanadská studie (Stoll et al., 2009) zjistila, že větší strach z porodu mají ženy preferující císařský řez a epidurální anestezii, dále ženy, které považují porod za bytostně riskantní a ženy, jejichž postoj k porodu byl vytvořen především prostřednictvím médií. V dalších studiích tito autoři prozkoumávali problematiku těchto jevů ještě podrobněji. Došli ke zjištění, že naopak menší strach z porodu měly dívky, které vyjádřily důvěru ve své znalosti ohledně těhotenství, dále dívky, které své tělo popisovaly jako silné a připravené na porod, a které považovaly porod za normální a přirozený proces. Tyto ženy neočekávaly od porodu tolik komplikací, porodní bolest hodnotily spíše jako přirozenou a zvládnutelnou a více kriticky se stavěly ke zbytečným lékařským zákrokům. Ještě nižšího skóre strachu dosáhly dívky, které již někdy byly svědky porodu. Nejnižšího skóre strachu dosáhly dívky, které nepřímo zažily domácí porod (Stoll & Hall, 2013a; Stoll & Hall, 2013b).

Ve značném množství studií zabývajících se nárůstem císařských řezů a dalších medicínských zákroků se autoři shodují, že nadměrný strach z porodu je často způsoben dezinformacemi a je proto nezbytné budoucí rodičky pečlivě edukovat o průběhu porodu. To může ve výsledku přispět nejen ke snížení strachu rodiček, nýbrž i samotného množství lékařských intervencí (Tracy & Tracy, 2003; Declerq et al., 2007a; Rossignol et al., 2013; Lutomski et al., 2014). Mimo jiné bylo opakovaně zjištěno, že mladé ženy nejsou spokojeny s množstvím informací, které o porodu mají či se na tyto informace nemohou spolehnout (Hauck et al., 2016; Edmonds, Cwierniewicz & Stoll, 2015).

### **4.3.3 Spokojenost s porody**

Výzkumy spokojenosti žen s porodem do značné míry odráží negativní či pozitivní postoje žen k porodu. Navíc se jedná o velmi často měřený fenomén, jelikož měření spokojenosti pacientů je jedním z nejčastěji používaných nástrojů na měření kvality zdravotní péče. Tomu

nasvědčuje i řada nástrojů, které k tomuto účelu slouží – Sawyer et al. (2013) identifikoval 9 dotazníků měřících tuto problematiku. Spokojenost žen s porodem nemá jasnou definici, avšak vychází především ze souladu očekávání žen s reálnou skutečností (Risser & Batey, 1975).

S velmi komplexní kvalitativní studií přišli Lavender, Walkinshaw a Walton (1999). Doptávali se žen, prvorodiček, dva dny po porodu, které faktory nejvíce přispěly k jejich spokojenosti resp. nespokojenosti z porodu. Dostali celou řadu odpovědí, které následně sdružili do tematických celků. Mezi nejdůležitějšími faktory se ukázala podpora porodních asistentek, partnerů i dalších členů rodiny, vlastní kontrola nad porodem i pocit, že odborníci mají porod pod kontrolou, možnost podílet se svými rozhodnutími na porodu a nebýt nikam tlačena, dostatečné množství informací v průběhu porodu, realistická představa o porodu a informační připravenost na porod. Množství žen také zmínilo jako jeden z faktorů ovlivňujících spokojenost s porodem intenzitu prožívané bolesti a dostupnost prostředků na její tlášení. Nekonzistentní odpovědi byly zaznamenány vzhledem k praktikovaným porodním zákrokům – některé ženy oceňovaly, že zvládly porod bez lékařských intervencí, jiné byly rády za absolvované zákroky. V souladu s výše zmíněnými výzkumy se objevily i názory, že žena podstoupila zákrok moc pozdě a dlouze trpěla nebo i naopak, že žena podstoupila zákrok zbytečně.

Uribe et al. (2008, podle Weeks et al., 2017) se domnívá, že nejvýraznějšími ukazateli spokojenosti žen, je jejich pocit, že dostávají dostatečnou péči, je k nim přistupováno jako k lidem a nikoli jako k pacientům a pociťují respekt ze strany zdravotníků. Hollins a Fleming (2011) za nejvýznamnější faktory spokojenosti považují množství poskytnuté péče, pociťovaný stres v průběhu a okolo porodu, ale i osobnostní vlastnosti rodičky. Další studie poukazují, že mezi důležité faktory, které zmiňují rodičky ve vztahu k nespokojenosti s porodem, patří nadmíra porodnických zásahů (Waldenström et al., 2004; Wilde-Larsson et al., 2011), nedostatek podpory od partnera (Waldenström et al., 2004), příliš dlouhé trvání porodu (Seguin, 1989), silná porodní bolest (Spaich et al., 2013; Waldenström, 1999), ale i rychlost rekonvalescence po porodu (Michels, Kruske & Thompson, 2013). Na vyšší spokojenosti žen s porodem se dále podílí jejich větší informovanost (před i v průběhu porodu) a možnost podílet se na rozhodování ohledně porodního procesu (Thompson & Miller, 2014), interpersonální a technická kvalita péče či příjemné fyzické prostředí (McKinnon, Prosser & Miller, 2014).

#### 4.3.4 Postoje k domácím porodům

Výrazně méně studií se zabývá dalšími porodnickými tématy. Pro tuto práci je užitečné zmínit alespoň závěry studií zabývajících se porody mimo nemocnice, konkrétně porody v domácnosti. Zatímco počátkem 20. století rodila naprostá většina žen v domácnosti, počátkem 21. století vidíme zcela obrácený trend. Nedávná pečlivá metaanalýza ukazuje, že ve většině vyspělých zemí je v současné době zastoupení domácích porodů jen 0,1 – 3,3%. (Výjimku tvoří například Nizozemí s 20% podílem domácích porodů, díky zakomponování domácích porodů do zdravotnické legislativy.) I přes toto malé procento je však zjevný rostoucí zájem o domácí porody (Zielinski, Ackerson & Low; 2015). Např. Spojené státy zaznamenaly mezi lety 2004 a 2009 nárůst o 29% (MacDorman, Mathews & Declercq, 2012). Anglie mezi lety 1991 a 2012 dokonce o 230% (Zielinski, Ackerson & Low; 2015). Navíc je patrné, že porod doma spíše preferují ženy, které již jeden porod zažily a ví tak, co od něj očekávat, na rozdíl od prvorodiček (MacDorman, Mathews & Declercq, 2012). Lze se tedy domnívat, že dochází k nárůstu kladných postojů k domácím porodům.

Bohužel schází studie, které by se zabývaly postoji budoucích prvorodiček k domácím porodům. Naprostá většina studií hodnotí spíše postoje a zkušenosti rodiček, které mají domácí porod již za sebou, nebo které se po prvním porodu v nemocnici rozhodly родit doma. Při zkoumání tohoto tématu se vědci především snažili identifikovat důvody, které rodičky vedly k volbě tohoto druhu porodu. Např. podrobná kvalitativní studie Boucher et al. (2009) identifikovala 26 důvodů (seřazeno od nejčastěji zmiňovaných) – bezpečnost a lepší výsledky domácího porodu; absence rutinních lékařských zákroků; negativní předchozí zkušenost s porodem v nemocnici; možnost kontroly a vyhnutí se pravidlům a předpisům nemocnic; příjemné domácí prostředí; soukromí; negativní vztah a nedůvěra k nemocnicím a doktorům; víra v přirozený porod; lepší pro dítě; možnost volby porodní asistentky; možnost volby průběhu porodu; bez medikamentů; zahrnutí rodiny do porodu; přirozenost domácího porodu; psychologické výhody; klidný zážitek; dostání práv vs. dohadování se s doktory; vyhnutí se císařskému řezu; absence převozu do nemocnice; absence časového omezení porodu; rodinná historie; nižší cena či absence pojištění; infekce z nemocnice; strach z nemocnice; předchozí porod taky doma. K velmi podobnému výčtu důvodů pro domácí porod dospěli i Holten a Miranda (2016) či Zielinski, Ackerson a Low (2015) ve svých metaanalýzách současných dostupných studií na toto téma.

#### **4.3.5 Postoje k dalším aspektům porodu**

Pro úplnost lze uvést výsledky studie, která se snažila zmapovat postoje žen k lékařsky vedeným porodům v nemocnici, jakožto nejčastějšího typu porodu v naprosté většině zemí. Ženy v této studii měly odpovídat, jak moc souhlasí s výroky ohledně zákroků a praktik, které jsou spojovány s lékařsky vedeným vaginálním porodem (nutnost přítomnosti doktora, podávání analgetik, monitorování srdečních ozev atd.) Bylo zjištěno, že kladnější postoj k charakteristikám lékařsky vedeného porodu mají spíše ženy mladší a méně vzdělané a dále pak ženy, které při předchozích porodech zažily komplikace či v současné době očekávají porod, který je považován za rizikový (např. porod koncem pánevním). Nejpozitivnější postoje k lékařsky vedenému porodu měly ženy, které si přály родit císařským řezem bez zdravotní indikace, poté ženy se zdravotní indikací k sekci, dále ženy preferující vaginální porod s analgezií, bez analgezie a naopak nejvíce negativní postoje vyjadřovaly ženy s preferencí porodu v porodním domě či doma. Skutečnost, zda žena již zažila porod nebo porod teprve očekává, neměla vliv na postoje žen k lékařsky vedenému porodu (Benyamini et al., 2017).

Závěrem lze zmínit studii, která poukázala na skutečnost, že postoje žen k porodům mohou být do určité míry ovlivněny osobnostními charakteristikami jako např. self-efficacy (sebedůvěra ve vlastní schopnosti, vnímaná osobní účinnost). Ženám s nízkou hodnotou self-efficacy připadalo, že mají menší znalosti o porodu, častěji preferovaly císařský řez, vykazovaly větší strach z porodu a více depresivních symptomů před porodem. Nižší hodnoty self-efficacy pak byly naměřeny u žen bez dosavadní porodní zkušenosti a u žen, které svého partnera považovaly za méně podpůrného (Schwartz et al., 2015).

Malé procento studií se zabývá i dalšími typy porodů (např. porody v porodních domech) či jinými porodními okolnostmi (např. konkrétní lékařské zákroky, přítomnost osob u porodu). Rešerše těchto témat zde již však není uvedena, jelikož se jedná o témata, která jsou i v prostředí českých diskuzních fór pro matky spíše okrajová a rozsah práce nám neumožňuje se jimi zabývat.

#### **4.4 České studie zabývající se postoji žen k porodům**

V českém prostředí nejsou postoje žen k porodům příliš zmapovány. V podstatě existují pouze 2 velké publikované studie, které se nezabývají přímo postoji žen, nýbrž stavem českého porodnictví a spokojeností žen s porody. Postoje žen k porodu však lze z těchto

výzkumů vyčíst. Vedle toho pak existuje několik diplomových prací, které se soustředí na více či méně dílčí a okrajová témata. V následujícím textu budou přiblíženy alespoň výsledky dvou prvně jmenovaných výzkumů, čímž získáme nejen představu o atmosféře v této oblasti, ale i základní uvědomění toho, jak se ženy k jednotlivým porodním tématům vztahují, a která témata jsou nejvíce ožehavá.

#### **4.4.1 Výzkum českého porodnictví z roku 2000**

V roce 2000 proběhlo ve spolupráci se Střediskem empirických výzkumů (STEM) rozsáhlé dotazníkové šetření zaměřené na aktuální stav českého porodnictví, v kterém se vedle odborné veřejnosti oslovilo i 810 bezdětných těhotných žen a 818 matek s alespoň jedním dítětem mladším jednoho a půl roku. Otázky uvedené v dotaznících byly soustředěny na současné možnosti přirozeného porodu v ČR se snahou zmapovat, nakolik je podpora alternativ k dosud typickému, aktivně lékařsky vedenému porodu, spíše lokální, a nakolik jde o celkové změny v přístupu k porodu ze strany české odborné i laické veřejnosti. Ostatní zjišťované údaje o postojích i zkušenostech výše jmenovaných aktérů porodu měly sloužit ke srovnávání jejich pohledů na jednotlivé aspekty porodu a porovnávání jejich požadavků s realitou českého porodnictví (Hašková, 2001b). V následujícím textu budou nejprve představeny postoje matek s již narozeným dítětem a ty následně porovnány s postoji matek očekávajících své první dítě. Při čtení uvedeného je třeba mít na paměti, že výzkum je starý 17 let a mnohé skutečnosti v českém porodnictví se již mohly změnit.

##### **4.4.1.1 Matky s dítětem mladším jednoho a půl roku**

Studie zjistila, že ačkoliv matky upřednostňují spíše aktivně lékařsky vedený porod, existuje vedle nich celá čtvrtina, která preferuje naopak porod, do jehož průběhu zasahuje zdravotnický personál co nejméně. Pouze třetině z těchto žen bylo umožněno родit podle představ. Výzkum ukázal, že méně než čtvrtina matek se spontánním porodem si mohla sama vybrat porodní polohu, ačkoliv by v případě nového těhotenství možnost volby polohy během porodu považovalo za důležitou okolnost výběru místa porodu téměř 80 % matek.

Nemožnost pohybu a upoutání do jediné polohy byla téměř dvoutřetinovou většinou matek zařazena spolu s bolestivými kontrakcemi, strachem o dítě a slyšitelnou přítomností jiné rodičky mezi čtyři nejhorší zážitky z porodu. V podobném smyslu se vyjadřovaly matky také o aplikaci klystýru. Tu považovalo za jeden ze čtyř nejhorších zážitků téměř 60 % žen, což je stále více než podíl těch žen, které mezi tyto zážitky zařadily strach o vlastní zdraví.

Nejhorším zážitkem z porodu pro většinu matek zůstávají pochopitelně bolestivé kontrakce. Pouze desetina matek využila během porodu možnosti epidurální anestézie. Celá polovina žen, která této možnosti nevyužila je se svým rozhodnutím spokojena. Pouze třetina z nich by během možného příštího porodu anestézie ráda využila.

Tři čtvrtiny matek uvedly, že během svého posledního porodu pouze plnily příkazy zdravotníků. České matky by však rády uvítaly větší nabídku alternativ k aktivně lékařsky vedenému porodu, nicméně spíše na půdě plně technicky vybavených porodnic a se zachováním aktivity lékařského personálu. Porody doma nejsou v české populaci matek příliš žádány. Přesto není zanedbatelný téměř 15% podíl matek, které tuto formu porodu jednoznačně schvalují, a téměř 30% podíl dalších žen, které tuto možnost spíše podporují. Jako důvod tyto matky nejčastěji uvádějí rozčarování z nevlídnosti středního zdravotnického personálu během porodu, neochoty vyhovět přáním rodičky a pocitu nemožnosti ovlivňovat vlastní porod.

Výběr porodnice považovalo před svým porodem za důležitý 55 % matek. Rozhodující roli při výběru porodnice v případě dalšího těhotenství má osobní zkušenost s porodnicí (64 %), způsob vedení porodu (52 %), dostupnost porodnice (50 %), vybavení porodnice zařízeními a pomůckami k alternativnímu způsobu vedení porodu (40 %), doporučení lékaře (27 %). Za důležitý faktor výběru porodnice ženy volí možnost získání informací a dohody o podávání utišujících prostředků během porodu (84 %), možnost volby polohy při samotném porodu (79 %), možnost mít dítě na oddělení šestinedělí u sebe po celých 24 hodin (78 %), možnost mít u porodu doprovod (74 %), možnost využít anestezii (72 %), možnost vidět předem porodní sál a oddělení šestinedělí (65%), možnost odmítnout klystýr (47 %), možnost odmítnout holení pubického ochlupení (42 %), možnost родit do vody (41 %), možnost porodit ambulantně (20 %) a možnost porodit dítě doma za přítomnosti porodní asistentky (19 %). Zatímco výběr porodnice prováděly během svého těhotenství především vzdělanější a věkově starší ženy (především prvorodičky a druhorodičky), za zbytečný považovalo výběr porodnice 45 % žen, a to především těch se základním vzděláním a těch, které rodily již své třetí či další dítě.

Doprovod si ke svému porodu přivedlo celých 54 % matek. V naprosté většině případů se jednalo o otce dítěte. Přítomnosti doprovodu u porodu ženy v naprosté většině případů nelitují, naopak třetina matek, jejichž partneři se porodu neúčastnili, toho zpětně lituje (Hašková, 2001b).

#### 4.4.1.2 Poprvé těhotné ženy

Poprvé těhotné ženy daleko častěji než matky navštěvují předporodní kurzy, které jim kompenzují nedostatek osobní zkušenosti s porodem, a které tak mohou být zdrojem formování postoje. Přitom ženy, které čerpají informace o porodu na předporodních kurzech, také častěji navštěvují předporodní cvičení. Celkově je však poprvé těhotných žen, které chtějí během svého těhotenství absolvovat jak předporodní kurz, tak i cvičení, stále pouze 42 %. Jedná se (stejně jako u souboru matek) o starší ženy s vyšším vzděláním a z větších měst.

S přítomností partnera u porodu počítá více prvorodiček než matek, a to i matek, které rodily jen jednou. Lze tedy vyslovit hypotézu o tom, že česká ženská populace je více nakloněna novým trendům v porodnictví, než jak je nakonec skutečně realizuje. V průběhu těhotenství, a především prvního těhotenství, totiž větší podíl žen plánuje uskutečnění některé z poměrně nových možností (např. doprovod k porodu, výběr porodnice podle její nabídky porodní i poporodní péče, apod.), ve skutečnosti však tyto možnosti realizuje jen část z nich.

Od přítomnosti blízké osoby u porodu poprvé těhotné ženy očekávají především oporu a zprostředkování pocitu bezpečí (57 %). Nezanedbatelný podíl žen však přivádí partnera k porodu také za účelem umožnění společného prožitku porodu a uskutečnění partnerova přání (35 %). Ženy, které partnera k porodu nechtějí, uvádí jako hlavní důvod stud, nevhodnost a potřebu soukromí (54 %), ale také obavu z jeho selhání (12 %).

Mezi ženami očekávajícími první dítě je daleko menší podíl těch, které preferují porod, do jehož průběhu zasahuje zdravotnický personál co nejméně, než mezi matkami. Tato situace je pochopitelná, neboť i u matek vzrůstá preference takového způsobu porodu především mezi ženami s větším počtem dětí. Budoucí prvorodičky také mají větší zájem o informace o nových možnostech porodní péče, než matky. Na základě nabytých informací pak vyžadují, aby jejich poznatky byly uplatňovány také v praxi, ale většinou pod aktivním vedením zdravotníků. Jde tedy spíše o prosazování některých aspektů kritiky klasicky aktivně lékařsky vedeného porodu, než o plošné prosazování přirozeného porodu.

Poprvé těhotné ženy, které se nemohou spolehnout na svoji zkušenost, častěji spoléhají na informace, které jim předá lékař nebo jejich známí. Vedení porodu také raději svěří do rukou zdravotnického personálu než matky. Zajímavý je fakt, že poprvé těhotné ženy mají větší rozsah znalostí o nabídce alternativ k aktivně lékařské porodní péči. Tato situace je zřejmě způsobena větší snahou po získání nových informací. Budoucí prvorodičky také více zahrnují



tyto znalosti mezi kritéria výběru porodnice. Lze se tedy domnívat, že se v naší republice začíná mezi ženami stále více, nicméně velice pomalu, prosazovat trend většího výběru porodnice rodičkou a zájmu o informace o porodu, což pravděpodobně souvisí se snadnou dostupností těchto informací. Nejdůležitějším kritériem při výběru porodnice byla pro ženy očekávající první dítě dostupnost porodnice (70 %), následovaná jejím doporučením gynekologem nebo známými, znalostí jejího personálu a dobrou pověstí.

V hypotetickém případě dalšího těhotenství by poprvé těhotné ženy volily se shodující se mírou intenzity stejná konkrétní kritéria volby porodnice jako matky. Budoucí prvorodičky oproti matkám mírně podhodnotily pouze možnost využití bolest tlumících prostředků a možnost odmítnutí klystýru či holení. Nadhodnotily naopak okolnost, která je již standardem v téměř všech českých porodnicích, totiž možnost nepřetržitého rooming-in (Hašková, 2001b).

#### **4.4.2 Výzkum spokojenosti s perinatální péčí z roku 2012**

V roce 2012 byly publikovány výsledky nesmírně rozsáhlé a přínosné práce Takács et al. (2012), v které se podařilo zmapovat spokojenost 1195 rodiček s psychosociálními aspekty perinatální péče v ČR a identifikovat konkrétní oblasti s kterými byly rodičky nespokojené. Na rozdíl od předchozí studie z roku 2000 byl dotazník dáván rodičkám vždy až po porodu a hodnotí tedy spíše spokojenost žen na základě porodní zkušenosti, nikoli očekávání od nastávajícího prvního porodu. V následujícím textu budou nejprve nastíněny postoje všech žen obecně a následně budou vyzdvíženy rozdíly v postojích žen po prvním porodu (prvorodiček).

##### **4.4.2.1 Postoje všech rodiček**

S péčí na porodnickém oddělení bylo zcela spokojených 70 % žen, s péčí na oddělení šestinedělí 61 % žen, naopak nespokojenost s péčí vyjádřilo 10 % resp. 13 % žen. Do téže porodnice by se v případě příštího porodu vrátilo 62 % žen, zatímco 16 % žen by o návratu do stejné porodnice neuvažovalo. Dále byla hodnocena spokojenost rodiček s jednotlivými dimenzemi porodní péče na čtyřbodové škále Likertova typu (kde 1 = 25% spokojenost, 2 = 50% spokojenost, 3 = 75% spokojenost a 4 = 100% spokojenost).

U porodnického oddělení byla nejlépe hodnocena dimenze fyzické pohodlí a služby (85% spokojenost), vstřícnost a empatie porodních asistentek (80%), informace a dostupnost zdravotníků (79%), dále byla hodnocena vstřícnost a empatie lékařů (77%), nadřazenost a

nedostatek zájmu (76% - reverzně skórováno), zatímco nejnižší byla spokojenost s kontrolou rodičky a jejím podílem na rozhodování (58%).

Z konkrétních položek, které sytily tyto jednotlivé dimenze, stojí za zmínku alespoň 4 s nejvýraznějšími výsledky. Položka s nejvyšší dosaženou spokojeností (82%) hodnotila čistotu prostor porodnického oddělení. Naopak položky, které dosáhly nejnižší spokojenosti, se týkaly možnosti volby porodní polohy (24%), možnosti odmítnutí jakéhokoliv zákroku (holení, klystýr atd.) či vyšetření (35%) a pocíťování emoční podpory ze strany lékařů (38%).

Z jednotlivých dimenzí péče na oddělení šestinedělí ženy hodnotily nejlépe kontrolu a podíl rodičky na rozhodování (89% spokojenost), dále pak informace a dostupnost zdravotníků (79%), vstřícnost a empatie personálu pro rodičky resp. pro novorozence (obě 78%), fyzické pohodlí a služby (76%) a nejhůře nadřazenost a nedostatek zájmů (72% - reverzně skórováno).

Opět lze zmínit nejvýraznější položky, které sytily dimenze péče na oddělení šestinedělí. Nejvyšší spokojenost vyjádřily ženy se skutečností, že mohly své dítě vidět, kdykoli chtěly (83%), a že měly přehled o tom, kde jejich dítě je (82%). Naopak nejméně byly ženy spokojeny se stravou (33%), s množstvím informací získaných od zdravotníků (39%) a s poskytnutou emoční podporou (39%) (Takács et al., 2012).

#### **4.4.2.2 Rozdíl v postoji prvorodiček**

Prvorodičky hodnotily péči v porodnici celkově méně příznivě než vícerozičky. Statisticky významný rozdíl byl zjištěn jak v celkovém hodnocení péče na porodnickém oddělení (82,8 % vs. 87,1 %;  $p = 0,012$ ) a oddělení šestinedělí (77,5 % vs. 84,8 %;  $p < 0,0001$ ), tak i v ochotě vrátit se při příštím porodu do téže porodnice (77,3 % vs. 83,4 %;  $p = 0,004$ ).

Při srovnání hodnocení jednotlivých dimenzí péče u těchto dvou skupin rodiček se ukazuje, že ačkoli prvorodičky hodnotily oproti vícerozičkám hůře všechny dimenze péče na porodnickém oddělení, u hodnocení žádné z těchto dimenzí nebyl zjištěn statisticky významný rozdíl. Statistické významnosti bylo dosaženo pouze u negativnějšího hodnocení některých dimenzí péče prvorodičkami na oddělení šestinedělí. Jedná se o následující dimenze: vstřícnost a empatie zdravotníků pečujících o novorozence (76,6 % vs. 79,8 %;  $p = 0,045$ ), nadřazenost a nedostatek zájmu (69,5 % vs. 74,1 %;  $p = 0,0011$ ), kontrola rodičky a její podíl na rozhodování (88,3 % vs. 89,7 %;  $p = 0,028$ ) a podávání informací a dostupnost

zdravotníků (76 % vs. 81,5 %;  $p = 0,0002$ ). Vyšší nespokojenost prvorodiček patrně odráží skutečnost, že tyto ženy procházejí náročným procesem adaptace na mateřskou roli a potřebují ve větší míře podporu zdravotnického personálu, a to jak ve smyslu emoční podpory, tak i ve smyslu praktické pomoci při péči o novorozence, včetně podávání informací. Prvorodičky mají rovněž vyšší očekávání a jsou více emocionálně zaangažované. Porod i pobyt v porodnici pro ně představuje nový zážitek, a jsou proto k přístupu a chování zdravotníků vnímavější a kritičtější. Vícerodičky se snáze vyrovnávají s případným méně příznivým psychosociálním prostředím porodnice a díky svým zkušenostem se cítí jistější a méně závislé na pomáhajících zdravotnících (Takács et al., 2012).

## 5 Závěr

Na základě uvedené teorie si lze představit velikou šíři zkoumané problematiky. Mezi nejdůležitějšími poznatky, lze vypíchnout především skutečnost, že ačkoliv jsou postoje poměrně stabilní predispozice k reagování na oblasti, kterých se týkají, může docházet i k jejich změnám. Významná je také trojdimenzionalita postojů, skládajících se z kognitivní, emocionální a behaviorální dimenze. V souvislosti s tím je však třeba připomenout, že vztah mezi postoji a chováním není jednosměrný, nýbrž naopak – postoje ovlivňují chování, stejně jako chování ovlivňuje postoje. Postoje se mohou formovat mnoha různými způsoby. A konkrétně v oblasti porodnictví lze považovat za významný zdroj formování postojů žen právě internetová diskuzní fóra, která jsou velmi snadno přístupná, rozsáhlá a oblíbená. Stejně jako u všech jiných způsobů komunikace je však i v případě internetových diskuzí třeba mít na paměti jejich specifické charakteristiky, které mohou mít v důsledku vliv i na samotný obsah diskuzí. Mezi těmi nejdůležitějšími charakteristikami lze zmínit archivaci komunikace, dostupnost diskuzí a anonymitu uživatelů, která může ústít až v disinhibici komunikujících.

Co se týká porodní problematiky, lze již jen v krátkosti shrnout skutečnost, že mezi nejčastěji patrný rozpor v postojích žen vůči porodu patří právě rozpor mezi lékařsky vedenými porody a přirozenými porody. S tím souvisí i pochopitelné diskuze o často nadužívaných zákrocích zdravotníků do porodu. Ve výsledku tak můžeme sledovat výrazný trend současné doby, kdy na jedné straně je patrný nárůst zájmu o přirozeně vedené porody, ale zároveň zvyšující se procento císařských řezů. A právě tímto rozporem se bude dále zabývat praktická část této práce.

## II. VÝZKUMNÁ ČÁST

### 1 Úvod

V teoretické části byly uvedeny informace stěžejní pro uchopení výzkumné části, jejímž záměrem je provedení obsahové analýzy internetových diskuzních fór pro matky. Cílem analýzy pak bude nejen poukázání na nejčastěji diskutovaná témata kolem porodu, ale především bližší a hloubková analýza konkrétních nejčastěji diskutovaných témat a identifikování postojů českých žen vůči těmto tématům se zaměřením na důvody, které ženy vedou k daným postojům. Studie je koncipována kvalitativně, proto bude výsledkem ukázka konkrétních postojů žen, které pak budou v diskuzi porovnávány s nálezy jak z českých, tak ze světových výzkumů.

Považujeme za důležité poukázat na důvod volby internetových diskuzních fór jako materiálu pro obsahovou analýzu lidských produktů. Předchozí studie ukázaly, že největší množství žen získává informace o porodu od svých příbuzných, přátel a vrstevníků a to i prostřednictvím internetu (Carter et al., 2010; Hauck et al., 2016; Munro, Kornelsen & Hutton, 2009). Základní zprostředkování informací o porodu tak leží spíše v rukou veřejnosti, nikoli formálních odborných institucí (Munro et al., 2009). Uvědomíme-li si navíc i fakt, že generace současných budoucích rodiček využívá internet jako komunikační a informační médium i mnoho hodin týdně (Malečková, 2015), dokážeme si představit význam diskuzních fór. Diskuzní fóra navíc disponují charakteristikami, jako je např. dostupnost či archivace příspěvků, která je tak činí velmi výrazným zdrojem informací o laickém mínění v této oblasti. Na význam diskuzních fór poukazují i další skutečnosti. V krátkosti lze např. zmínit velký počet nejen diskuzních fór s porodní tematikou (desítky), ale především obrovské množství diskuzních témat (tisíce), natož pak příspěvků (stovky tisíc) na těchto jednotlivých diskuzních fórech. Je také zajímavé, že pakliže vyhledáváme na internetu informace o obecných tématech z porodní oblasti, vyhledávač vždy mezi prvními stránkami nabízí převážně tato diskuzní fóra (viz dále), dokonce dříve než stránky s odborným, citovaným obsahem. To vše svědčí o významu diskuzních fór, na kterých nejenže ženy mohou postulovat své postoje, nýbrž si je mohou i utvářet.

Pro úplnost stojí za zmínku ještě další charakteristiky diskuzních fór, které mohou působit jako negativní intervenující proměnné a zkreslovat tak výsledky výzkumu. Jedná se

především o anonymitu a disinhibici, které byly popsány v teoretické části i s možnými negativními důsledky na zjištění, která budou v práci učiněna. V poslední řadě je třeba přiznat, že populaci žen přispívajících na internetová diskuzní fóra nelze považovat za reprezentativní vzhledem k české populaci rodiček. Domníváme se však, že vzhledem k cíli této práce, kterým je identifikace různých postojů rodiček a nikoliv jejich kvantitativní posouzení, lze materiál diskuzních fór pro analýzu využít. Kvantitativnímu zastoupení postojů žen k základním otázkám ohledně porodu a porodní péče se věnovaly právě dvě již zmíněné práce z českého prostředí. Tato studie se je tedy pokusí doplnit po stránce kvalitativní.

## **2 Metody**

Metodika této práce byla poměrně náročná, vzhledem k tomu, že dosud neexistuje studie s podobnou koncepcí. Hlavním cílem této práce bylo identifikování postojů žen k porodu na základě analýzy diskuzních fór pro matky. V prostředí českého internetu však existuje mnoho desítek podobných diskuzních fór, které se navíc člení do mnoha tisíc diskuzních témat. Metodický postup byl proto mnohakrokový. Nejprve musela být vybrána diskuzní fóra a skupiny vhodné pro tyto účely. V těchto vybraných diskuzních fórech následně došlo ke zmapování porodních oblastí, o kterých se nejvíce diskutuje, a která tak lze považovat za významné oblasti diskuze. Teprve poté mohlo dojít k identifikaci postojů rodiček k těmto nejvýraznějším tématům. Při provádění všech těchto jednotlivých kroků byla dodržena řádná systematickosti.

### **2.1 Výběr diskuzních fór**

V současném českém internetovém prostředí existuje obrovské množství diskuzních fór zaměřených na nejrozličnější tematiku. Bylo tedy nejprve potřeba vybrat ta, která se zabývají porodní tematikou a navíc identifikovat taková, do kterých přispívá nejvíce uživatelé.

Nejprve byla prostřednictvím klíčových slov a vyhledávače Google nalezena ta diskuzní fóra, které jsou zaměřena na problematiku porodu a těhotenství. Do vyhledávače bylo zadáváno 6 klíčových slov - diskuze, fórum, porod, těhotenství a maminka. Tato slova byla různě kombinována - celkem 6 kombinací (diskuze porod, diskuze těhotenství, diskuze maminka, fórum porod, fórum těhotenství, fórum maminka). U každé kombinace bylo vždy prohlédnuto 30 prvních prohlížečem nalezených webových stránek, přičemž bylo vycházeno z předpokladu, že pokud se jedná o velké a v českém prostředí známé diskuzní fórum, bude se vyskytovat v těchto prvních třiceti nalezených odkazech. Postupně tak vznikl seznam 48

diskuzních fór (viz příloha č. 1), která se více či méně zabývají porodní tematikou. Z těchto diskuzních fór byla vybrána všechna ta, která se při hledání objevila alespoň u 4 z 6 kombinací vyhledávaných sousloví. Bylo tak identifikováno 8 diskuzních fór, která byla podrobena pečlivější analýze - zaznamenán byl počet diskuzních skupin (resp. témat) a řádově i počet příspěvků, dále aktivita fóra, jeho přehlednost a struktura.

Na základě tohoto přezkoumání bylo zjištěno, že z osmi diskuzních fór bylo 1 fórum t. č. nedostupné (nefunkční), 3 fóra neměla dostatečný počet skupin ani příspěvků pro provedení kvalitní obsahové analýzy, 1 diskuzní fórum neřadilo příspěvky tematicky a bylo proto zcela nepřehledné a 1 fórum bylo i přes svoji rozsáhlost v současné době již nepřiliš živé. Zbývá 2 diskuzní fóra obsahovala velké množství skupin i příspěvků a byla proto vhodná pro obsahovou analýzu. Mezi tato fóra patří - emimino.cz a modrykonik.cz.

		Počet vyhledání	Počet diskuzních skupin týkajících se porodu	Počet příspěvků v jednotlivých tématech	Poznámka
1	emimino.cz	6	tisíce	tisíce	velké fórum, přehledné, živé
2	modrykonik.cz	6	stovky	tisíce	velké fórum, přehledné, živé
3	vasedeti.cz	6	desítky	desítky	málo příspěvků pro kvalitní analýzu
4	diskuze.maminkam.cz	6	asi 160	desítky	málo příspěvků pro kvalitní analýzu
5	maminka.cz	5			stránky t. č. nedostupné
6	babyonline.cz	4	tisíce	jednotky	jedná se spíše o články a názory na které reaguje malé množství lidí, nepřehledné, nepoužitelné pro analýzu
7	rodina.cz	4	stovky	tisíce	velké fórum, přehledné, není úplně živé, příspěvky končí většinou kolem roku 2015
8	maminet.cz	4	asi 30	desítky	málo příspěvků pro kvalitní analýzu

**Tab. 1: Charakteristiky 8 diskuzních fór, která se při hledání klíčových slov objevila nejčastěji.**

### 2.1.1 Popis a charakteristiky vybraných fór

Analýza nejčastěji diskutovaných témat a analýza konkrétních postojů tedy byla dále prováděna pouze na dvou diskuzních fórech - emimino.cz a modrykonik.cz. V obou případech se jedná o diskuzní fóra s velmi dlouhou dobou působnosti v prostředí českého internetu (první diskuze o porodu jsou z roku 2002 resp. 2006). Do obou diskuzních fór lze přispívat

pouze po řádné registraci, která je zdarma a kterou se uživatel zavazuje k dodržování diskuzních pravidel. Registrace zaručuje, že pod jednou přezdívkou nebude v diskuzi vystupovat někdo jiný, než ten, kdo si ji zaregistroval. Uživatelé navzájem nevidí své IP adresy, což může vést k většímu pocitu anonymity. Moderování fóra spadá do rukou administrátorů stránek, kteří mohou skrývat příspěvky, které nejsou v souladu s pravidly diskuze (např. vulgarita, reklama), případně i blokovat uživatele. Na obou diskuzních serverech může probíhat diskuze buď v otevřených či uzavřených skupinách. Pro naši analýzu byly využity pouze diskuze otevřené, do kterých může přispívat libovolný uživatel. V těchto otevřených diskuzních skupinách mají všichni uživatelé stejná práva a jsou si z hlediska fungování fóra rovnocenní. Zakládání nových diskuzních stránek (témat) je též umožněno všem registrovaným uživatelům.

Oba diskuzní servery jsou prakticky stejné, co se týče výše vymezených charakteristik. Jediným výrazným rozdílem jsou funkce, které lze využít při psaní jednotlivých příspěvků. Portál emimino.cz disponuje především funkcí „citování“, která uživateli umožňuje do vlastního příspěvku zahrnout i příspěvek někoho jiného a ten následně okomentovat. To uživateli umožňuje snáze se vyjádřit k výroky jiných uživatelů, což ve výsledku ovlivňuje dynamiku fóra. Zatímco na portálu modrykonik.cz lze shledat příspěvky spíše racionální a k tématu, na serveru emimino.cz jsou příspěvky více emocionální, více dochází k rozporům mezi uživateli a diskuze se často odklání od diskutovaného tématu. Díky tomu je na portálu modrykonik.cz větší koncentrace postojů vzhledem ke všem příspěvkům oproti emimino.cz.

## **2.2 Výběr typu diskuzních skupin**

Na obou diskuzních portálech se nacházejí různé druhy diskuzních skupin. Již bylo řečeno, že naše analýza byla provedena pouze v otevřených diskuzních skupinách, kam mohou přispívat všichni registrovaní uživatelé. Dále však lze rozlišit skupiny sdružující uživatelky s určitou charakteristikou (např. termín porodu či místo bydliště) či skupiny, v nichž se diskutuje o určitém tématu (např. druh porodu či zkušenost s určitým zákrokem). Aby bylo možné určit, který typ diskuzních skupin je vhodný pro analýzu postojů byla provedena další dílčí preanalýza.

Nejprve byla prozkoumána diskuzní skupina „Prvorodičky – listopad 2016“ na portálu emimino.cz. V diskuzi bylo identifikováno 223 příspěvků od 12 různých uživatelek. Z těchto příspěvků bylo pouze 12 (5,4 %) takových, které vyjadřovaly postoj k porodu. Diskuze byla spíše podpůrná a sdílejí, avšak uživatelky se většinou nezabývaly porodem jako takovým.

Dále byla prozkoumána diskuzní skupina „Termín porodu listopad/prosinec 2016“ na serveru modrykonik.cz. Zde bylo identifikováno 404 příspěvků od 65 různých uživatelů, přičemž pouze 2 (0,5 %) příspěvky vyjadřovaly postoj k porodu. Opět se jednalo o čistě sdílející a podpůrnou skupinu, v které ženy řešily záležitosti všedního dne spíše než porodní tematiku.

Skupiny sdružující uživatelské podle určité charakteristiky se tedy nezdály být vhodné pro analýzu, z důvodu absence příspěvků vyjadřujících postoj. Dále jsme se tedy zaměřili na tematickou skupinu „Porod do vody“ na portálu emimino.cz, která přinesla lepší výsledky. V 52 příspěvcích od 30 různých žen bylo možné identifikovat 33 (63%) příspěvků vyjadřujících postoj. Bylo tedy zjevné, že pro další analýzu je třeba využívat tematické skupiny, ve kterých se uživatelky vyjadřují ke konkrétní problematice.

### 2.3 Analýza nejčastěji diskutovaných témat

Tematických skupin zabývajících se porodní tematikou je na obou diskuzních serverech velké množství – na portálu modrykonik.cz více než 900 a na emimino.cz dokonce přes 4000. Bylo tedy potřeba v dalším kroku identifikovat, jaká témata jsou nejčastější, resp. o čem se nejvíce diskutuje. Z tohoto důvodu bylo vybráno z obou diskuzních fór 350 tematických skupin (s porodní a šestinedělní tematikou), v nichž se naposledy diskutovalo. Pracovalo se pouze s názvy těchto skupin (např. „Jaká je šance na císařský řez?“, „Porod ve vaně, máte zkušenosti?“ nebo i „Odvar z dubové kůry“ apod.) s předpokladem, že v daných skupinách se s nejvyšší pravděpodobností diskutuje o tématu blízkém názvu skupiny (viz příloha č. 2). Těchto 700 názvů bylo rozděleno do témat a podtémat, které byly co nejvýstižněji pojmenovány a uspořádány v přehledné tabulce podle počtu příspěvků.

<b>Téma</b>	<b>Podtéma</b>	<b>Počet příspěvků</b>	<b>Počet témat</b>
<b>Zkušenosti s produkty a přírodními</b>		<b>23743</b>	<b>42</b>
	Aniball a Epino	22879	7
	Jiné farmakologické produkty	515	15
	Byliny a přírodní	185	10
	Homeopatie	47	5
	Ostatní produkty	117	5
<b>Předporodní tematika</b>		<b>12610</b>	<b>108</b>
	Začátek porodu	3618	30
	Průběh porodu	1260	19



	Kdy a jak do nemocnice	565	11
	Druhé a další porody	380	13
	Porodní poloha	141	4
	Ostatní otázky před porodem	6646	31
<b>Císařský řez</b>		<b>5986</b>	<b>92</b>
	Přirozený porod po porodu CŘ	2385	16
	CŘ na přání ženy	1112	15
	CŘ - obecné otázky	1068	30
	Opakovaný porod CŘ	662	15
	Přirozený porod vs. CŘ	313	4
	Vyvolání porodu vs. CŘ	246	6
	CŘ a poloha plodu	200	6
<b>Poporodní témata</b>		<b>2866</b>	<b>106</b>
	Šití po nástřihu, stehy, jizvy	644	21
	Zdravotní komplikace a bolest po porodu	424	29
	Krvácení, očištění a menstruace	388	27
	Poporodní psychické poruchy	320	4
	Ostatní poporodní témata	1090	25
<b>Termín porodu</b>		<b>2796</b>	<b>33</b>
	Přenášení (od 42. týdne)	1684	3
	Předčasný porod (do 37. týdne)	419	14
	Ostatní dotazy na termín porodu	693	16
<b>Komplikace při porodu</b>		<b>2400</b>	<b>31</b>
	Poloha plodu a placenty	1822	11
	Ostatní komplikace při porodu	578	20
<b>Alternativní způsoby porodu</b>		<b>2287</b>	<b>23</b>
	Porod doma	1573	6
	Ambulantní porod	427	3
	Porod do vody / ve vaně	179	8
	Ostatní alternativy porodu	108	6
<b>Vyvolávaný porod</b>		<b>2084</b>	<b>26</b>
<b>Strach z porodu</b>		<b>1270</b>	<b>20</b>
<b>Přítomnost osob u porodu</b>		<b>1029</b>	<b>25</b>
<b>Bolest při porodu</b>		<b>977</b>	<b>7</b>
<b>Anestezie</b>		<b>868</b>	<b>15</b>
	Epidurální anestezie obecně	641	10
	Volba mezi epidurál. a celkov. anestezií při CŘ	227	5
<b>Zdravotní komplikace před porodem</b>		<b>772</b>	<b>49</b>
	Úzká pánev	212	5
	Ostatní zdravotní komplikace a nemoci	560	44
<b>Místo porodu</b>		<b>652</b>	<b>53</b>
	Dotaz na konkrétní porodnici	583	48
	Porod v zahraničí	69	5
<b>Další porodní techniky (VEX, kleště)</b>		<b>557</b>	<b>9</b>
<b>Důl a porodní asistentky</b>		<b>382</b>	<b>25</b>

	Doporučení konkrétní duly či PA	107	17
	Obecné otázky ohledně dul a PA	275	8
Přirozený porod		351	3
Ostatní témata		2095	33
Celkem:		63725	700

**Tab. 2: Četnosti témat a podtémat, o kterých ženy diskutují v prostředí diskuzních for.**

Z výsledků vyplývá mnoho zajímavých informací. Především lze konstatovat fakt, že ženy intenzivně diskutují o nesmírně široké škále témat vztahujících se k nejrozličnějším aspektům porodu. Vzhledem k zaměření této práce na postoje žen k porodům, resp. porodním způsobům jsou pro nás však významné především zjištění týkající se způsobů vedení porodu a různých porodních technik a alternativ.

Zajímavý je především rozsah diskuzí o císařských řezech, kterými se zabývá 92 (13%) diskuzí, což je, vzhledem k tomu, že se jedná o jeden typ zákroku, velmi vysoké číslo. Vzhledem k závažnosti zákroku je však toto číslo pochopitelné. Také počty příspěvků u témat řešících „alternativní“ způsoby porodů poukazují, že se jedná o témata vyvolávající velkou diskuzi – patří sem především porod doma, ambulantní porod či porod do vody. Dále lze zmínit porodní zákroky – vyvolávání porodu a podávání anestezie – ke kterým se ženy také vyjadřují, avšak již v menší míře. To, že i obavy z porodu mají své místo v diskuzních fórech dokazuje množství příspěvků u témat zabývajících se strachem z porodu a bolestí. V poslední řadě stojí za zmínku nízký počet příspěvků a témat zabývajících se přirozeným porodem, který však lze vysvětlit několika způsoby. Jednak se lze domnívat, že oblasti, které se zabývají normalitou, nevyvolávají takovou diskuzi. O přirozených porodech se také velmi mluví ve všech ostatních tematických skupinách, kde se s nimi např. porovnávají méně obvyklé typy porodů. V poslední řadě se jedná o kategorii, která je ve své podstatě příbuzná porodům doma či ambulantním porodům a diskutuje se o ní spíše tam. Podobně v tabulce chybí např. téma lékařsky vedené porody, které je zase příbuzné tématům řešícím porodní zákroky.

## **2.4 Výběr konkrétních diskuzních skupin**

Díky všem výše zmíněným postupům se tedy dostáváme k možnosti výběru konkrétních diskuzních skupin, ve kterých proběhne analýza příspěvků. Z teoretické části vyplynulo, že k největšímu rozporu v postojích dochází především v souvislosti se dvěma hlavními přístupy k porodu – lékařsky vedeným porodem na jedné straně a přirozeným porodem na straně

druhé. Výše uvedená preanalýza nejčastěji diskutovaných témat, podporuje tuto skutečnost také v prostředí českých internetových diskuzních serverů.

Cílem této práce je postihnout postoje žen právě k těmto dvěma oblastem a zjistit jaké důvody je vedou k preferování jednoho či druhého přístupu. Pro analýzu proto byly zvoleny dvě skupiny zabývající se porodem doma, ve kterých se intenzivně diskutuje o kladech i záporech obou dvou přístupů a ty byly dále doplněné o dvě skupiny týkající se problematiky císařských řezů.

Diskuzní fórum	Název diskuzní skupiny	Počet přispěvatelů	Počet příspěvků
emimino.cz	Porod doma (1)	64	207
emimino.cz	Porod doma (2)	91	894
modrykonik.cz	Císařský řez na vlastní žádost. Jde to?	85	182
modrykonik.cz	Přirozený porod nebo císařský řez	54	107

**Tab. 3: Charakteristiky analyzovaných diskuzních skupin.**

Díky tomu mohly být postiženy základní fenomény patrné v současném českém porodnictví, resp. rozpor mezi vzrůstající touhou žen родit přirozeně v domácím prostředí a zároveň vzrůstajícím počtem porodů provedených císařským řezem. Ačkoliv se z názvů diskuzních skupin může zdát, že jsou řešeny pouze okrajové extrémy přirozeného resp. lékařsky vedeného porodu (tedy porod doma a císařský řez), není tomu tak – uživatelé v diskuzích řeší různé oblasti celého tohoto pomyslného spektra.

Čtyři zmíněné diskuzní skupiny byly sdruženy do dvojic. U prvních dvou témat, týkajících se porodů doma, byl zjišťován obecný postoj probandů k přirozenému resp. lékařsky vedenému porodu, navíc se zaměřením na konkrétní důvody, které probandy vedou k dané preferenci. Zbylá dvě témata mapovala postoje probandů k porodu císařským řezem, také se snahou popsat příčiny těchto postojů.

V poslední řadě je důležité zmínit, že vybraná diskuzní fóra mají různá data založení a probandi do nich přispívají v průběhu mnoha měsíců i let. Právě co největší aktuálnost příspěvků byla stěžejním faktorem pro výběr konkrétních diskuzních skupin. Při jejich výběru byl kladen důraz na to, aby naprostá většina příspěvků pocházela z posledních tří let.

#### **2.4.1 Popis souboru**

V jednotlivých analyzovaných skupinách bylo různé množství probandů. První dvě diskuzní skupiny čítaly 64 a 91 přispívajících uživatelů, přičemž 7 uživatelů přispívalo do obou

diskuzních skupin a jedním uživatelem byl muž, jehož příspěvek nebyl zahrnut do analýzy. Celkově tedy byly analyzovány příspěvky 147 žen, z nichž 4 ještě nikdy nerodily, 76 již alespoň jednou rodilo a u 67 žen nebylo možné určit, zdali již mají porod za sebou či ne.

Ve zbylých dvou diskuzních skupinách byly identifikovány příspěvky 85 resp. 54 žen. Celkem se tedy jednalo o 139 žen, z nichž 14 ještě nikdy nerodilo, 111 již alespoň jednou rodilo a u 14 žen nebylo možné určit, zdali již mají porod za sebou či ne.

Ve všech čtyřech skupinách tak byly analyzovány příspěvky od 286 žen, z nichž 18 do té doby nerodilo, 187 za sebou mělo alespoň jeden porod a u 81 žen se tato informace nedala zjistit. Vzhledem ke způsobu získávání dat nelze určit bližší demografické údaje o probandech, což však nemusí být považováno za nedostatek z důvodu kvalitativního zaměření studie, která si klade za cíl zmapovat různorodost postojů a příčin postojů žen k porodu. Vzhledem k nízkému množství žen bez osobní porodní zkušenosti není také možné postoje těchto žen prezentovat samostatně od postojů již zkušených rodiček.

## ***2.5 Postup a metody analýzy příspěvků***

K analýze textů lze přistupovat mnoha různými způsoby. V případě této práce byla data podrobena obsahové analýze, kterou lze chápat jako velmi široké spektrum dílčích metod a postupů sloužících k analýze jakéhokoli textového dokumentu s cílem objasnit jeho význam, identifikovat jeho zvláštnosti, případně určit jeho strukturu (Miovský, 2006). Spíše než ucelený metodologický postup však byla použita syntéza různých metod přípravy, kódování, zobrazování, vyhodnocování a interpretace dat, přičemž jednotlivé procesy byly prováděny souběžně.

Z metodologických postupů byly využity převážně metody: transkripce dat, segmentace a redukce dat, označování dat (otevřeným kódováním), zobrazení dat pomocí přehledových tabulek, identifikace počátečních témat a konceptů (metoda vytváření trsů a zachycení vzorců), vytváření tematických tabulek pro třídění a uspořádání dat, průběžné shrnování a identifikace vztahů mezi kategoriemi a závěrečné shlukování, štěpení a pojmenování kategorií. Následně mohly být počítány četnosti a vyvozeny a okomentovány závěry (Hendl, 2005; Miovský, 2006; Výrost, 1989).

Analýzy příspěvků proběhly v době od března do května roku 2017. Veškerá práce s daty byla prováděna v tabulkovém procesoru Microsoft Excel. Každý jednotlivý příspěvek byl nejprve

zkopírován do tabulky společně s přezdívkou uživatele. Posléze byly zkoumány charakteristiky uživatele, jeho celkový postoj ke zkoumanému tématu a také příčiny tohoto postoje (viz příloha č. 3).

**Charakteristiky uživatele.** Pakliže se jednalo o uživatele, který do diskuze přispíval poprvé, bylo zaznamenáno jeho pohlaví a v případě žen především informace o tom, zdali již porod osobně zažily. Tato informace mohla být buď explicitně vyjádřena v příspěvku (např.: „*druhé mimi bych chtěla родit přirozeně*“), případně mohla být zjevná z kontextu příspěvku (např.: „*kdybych si mohla znovu vybrat, tak jediné sekci*“) či profilu uživatelky (např.: když žena na svém profilu měla informaci o svém dítěti a jeho věku). Pakliže žádná z těchto indicií nebyla dostupná, byla tato informace hledána v každém dalším příspěvku ženy.

**Celkový postoj ke zkoumanému tématu.** V případě prvních dvou analyzovaných diskuzních skupin byly hodnoceny postoje žen na pětibodové škále od velmi kladného postoje k přirozenému porodu v domácím prostředí po velmi kladný vztah k lékařsky vedenému porodu (podrobná definice jednotlivých bodů škály je uvedena v kapitole Výsledky). V případě druhých dvou diskuzních skupin byl sledován postoj žen na pětibodové škále od velmi kladného postoje k císařskému řezu po velmi negativní postoj k císařskému řezu (podrobný popis škály je též v kapitole Výsledky). Postoj byl určován na základě obsahové analýzy příspěvků uživatele. Pozornost byla věnována především explicitním vyjádřením o sledovaném tématu (např.: „*absolutně nesouhlasím s porodem doma*“), ale i postojům, které bylo možné odvodit z kontextu příspěvku (např.: „*mám za sebou sekci a byl to otřesný zážitek*“). Postoje tedy byly odvozovány nejen z budoucích tužeb rodiček (např.: „*ráda bych příště rodila přirozeně*“), ale i z jejich názorů (např.: „*myslím, že přirozený porod je jediná správná cesta*“) a dokonce i ze zkušeností, pakliže byly doplněny o hodnotící aspekt (např.: „*měla jsem plánovaný císař a bylo to super*“). Při identifikaci postojů byla také velká pozornost kladena emočnímu zabarvení slov (např. velmi, naprosto, odsuzuji, lepší, nejlepší, zcela, ne, nikdy). Pakliže postoj nebyl zjevný či zcela jasný z prvního příspěvku, pozornost byla zaměřena na další příspěvky dané uživatelky. Číselné označení postoje bylo takto přiřazeno každé ženě, u které bylo možno postoj určit. A také byl do speciálního sloupce v tabulce zkopírován daný postoj (tedy často pouze krátká část příspěvku).

**Příčiny postoje.** V každém příspěvku byly dále identifikovány důvody žen k danému postoji. Každý příspěvek byl několikrát přečten a rozsegmentován na jednotlivé dílčí důvody daného postoje. Tyto segmenty byly kopírovány do sloupců v tabulce, které byly postupně vytvářeny

a pojmenovány podle nově vznikajících témat. Pokud např. žena uvedla: „Do císařského řezu bych nikdy nešla. Je to riziková operace s dlouhou rekonvalescencí.“ Byl do sloupce pojmenovaného „Rizika CŘ“ zkopírován segment „riziková operace“ a do sloupce „Dlouhá rekonvalescence po CŘ“ zkopírován segment „s dlouhou rekonvalescencí“. Takto vzniklo velké množství sloupců, které sdružovaly tematické důvody k danému postoji. Tyto sloupce byly průběžně i posléze revidovány, spojovány případně rozdělovány, aby co nejlépe vystihly jednotlivé příčiny postojů. Následně byly sloupce graficky zpřehledněny a bylo jim přiděleno co nejvýstižnější označení. Z důvodu zachování alespoň orientační kvantitativní informace byly sečteny počty segmentů v každém sloupci, díky čemuž mohly být rozlišeny důvody, které zastává velké množství žen a důvody, které se vyskytují jen sporadicky (viz příloha č. 4).

### 3 Výsledky

#### 3.1 Postoje k přirozeným a lékařsky vedeným porodům

Pro identifikaci postojů žen k přirozenému resp. lékařsky vedenému porodu byly využity 2 diskuzní skupiny na portálu emimino.cz, která obě nesla název „Porod doma“. Celkově bylo v těchto dvou skupinách ke dni analýzy 1101 příspěvků od 147 různých uživatelů. Mezi nimi byly 4 ženy bez osobní zkušenosti s porodem, 76 žen, které již alespoň jednou rodily a 67 žen, u nichž se tato informace nedala zjistit. U 99 žen bylo možné určit postoj k porodu na pětibodové škále. Následující tabulka popisuje jednotlivé body škály společně s počtem uživatelů, které daný postoj vyjadřovaly.

Postoj k porodu	Počet příspěvatelů	Popis škály
<b>1</b>	15	Ženy s velmi kladným postojem k přirozenému porodu v domácím prostředí, které porod doma plánují či doma již plánovaně rodily.
<b>2</b>	30	Ženy s velmi kladným až kladným postojem k přirozenému porodu v domácím prostředí, které by však doma z určitých důvodů nerodily.
<b>3</b>	13	Nerozhodné ženy a ženy vyzdvihující klady i zápory přirozeného i lékařsky vedeného porodu.
<b>4</b>	33	Ženy s kladným postojem k lékařsky vedenému porodu a negativním postojem k přirozenému porodu v domácím prostředí.
<b>5</b>	8	Ženy s velmi kladným postojem k lékařsky vedenému porodu a ženy odmítající až odsuzující přirozený porod v domácím prostředí.
<b>?</b>	48	Ženy, u nichž nebylo možné určit postoj k porodu.
<b>Celkem</b>	147	

**Tab. 4: Popis jednotlivých bodů škály, pomocí níž byly určovány postoje žen k přirozeným a lékařsky vedeným porodům, společně s četnostmi jednotlivých postojů.**

Je potřeba zmínit, že počty žen v jednotlivých kategoriích škály nejsou reprezentativním údajem o ženách aktivních na internetových diskuzních fórech, natož o českých ženách obecně. Jedná se především o informaci, která naznačuje, že v analýze postojů a příčin postojů byly zahrnuty ženy s různými postoji k přirozenému resp. lékařsky vedenému porodu. Studie je zaměřena kvalitativně a nelze z ní tedy vysuzovat statistické předpoklady o populacích.

Pro konkrétní představu lze poukázat na některé z typických postojů, které ženy vyjadřují.

	Příklady postojů
Postoj 1	"Porodila jsem doma obě děti. Bylo to úžasné!"
	"Co se porodu doma týče, rozhodně do toho chci jít, když bude ještě příležitost."
	"Já rodila v porodnici, ale kvůli docela nepěkným zkušenostem pro příště jsem už docela rozhodnutá být doma."
Postoj 2	"Po prvním porodu bych nejradši taky zůstala doma, ale jsem srab..."
	"Domácí porody mi jsou blízké, ale já asi jediné když by se to nestihlo."
	"Doma bych ráda rodila, je to úplně o něčem jiném než v porodnici. (...) Ale neměla jsem na to náuru."
Postoj 3	"Nikoho neodsuzuji za porody doma, sama bych do toho spíš nešla, ale dlouho mi to leželo v hlavě."
	"K porodům doma, nic proti nim nemám, já bych na to asi odvalu neměla..."
	"Když už bych mohla родit, doma asi ne, ale ráda bych porodnici s domácím prostředím, klid, poloha jaká mi je pohodlná, milý a ochotný personál, žádný zbytečný zásahy na mě i na miminku."
Postoj 4	"...za sebe musím říct, že bych doma nikdy nerodila..."
	"Tehle návrat k domácím porodům nechápu a považuju za nezodpovědný."
	"...já sama bych podruhé rodila zásadně opět v porodnici..."
Postoj 5	"Porod doma - nikdy! (...) Tohle riziko mi za žádný pitomý pocit domácího prostředí nestojí."
	"Absolutně nesouhlasím s porodem doma a odsuzuji všechny ženy, které takto hazardují s životem dítěte..."
	"Snad se nikdo neurazí, ale ten kdo naprosto vědomě hazarduje se svým životem a se životem svého dítěte, tak je podle mě blázen."

**Tab. 5: Konkrétní ukázky postojů vzhledem k jednotlivým bodům škály.**

V následné analýze důvodů, které ženy vedou k daným postojům, bylo identifikováno celkem 236 důvodů, které byly sdruženy do menšího počtu tematických kategorií. Z hlediska četnosti je lze rozdělit na:

- stěžejní důvody (vyskytly se 10x a víckrát)
- důležité důvody (vyskytly se 5x až 9x)
- méně důležité důvody (vyskytly se 2x až 4x)
- okrajové důvody (vyskytly se 1x)

Kvůli přehlednosti je lze navíc rozdělit na důvody, které ženy vedou k přirozeným porodům v domácím prostředí a důvody, které naopak vedou ženy ke kladným postojům k lékařsky vedenému porodu.

### 3.1.1 Proč ženy preferují přirozené porody v domácím prostředí

Ženy, které jsou zastánkyněmi domácích porodů, či se alespoň přiklání k přirozenému porodu, tento postoj vysvětlují širokou škálou důvodů.

Mezi stěžejní důvody (zminěné 10x a vícekrát) patří především **negativní zkušenost z předchozího porodu** (např.: „*Já rodila v porodnici, ale kvůli docela nepěkným zkušenostem pro příště jsem už docela rozhodnutá být doma.*“). V tomto případě se jedná o zcela obecný důvod, který je často doplněn dalšími konkrétními důvody toho, proč se žena takto rozhodla. Za stěžejní důvod lze také brát **odmítání a negativní postoj k lékařským zákrokům** (např.: „*Do porodu se strašně moc zasahuje, dělají se věci rutinně, není čas na nic čekat...střihá se zbytečně, apod.*“). Mezi zmíněnými zákroky, které ženám vadí, je císařský řez, umělé vyvolávání porodu (zmiňováno je protržení vaku plodových blan a podání injekce oxytocinu), nástřih, podávání tišících prostředků, „skákání na břicho“ (Kristellerova exprese), předčasné přestřihávání pupečníku a vytahování placenty. Ženy v souvislosti se zákroky zmiňují také negativní postoj k urychlování porodu, nemožnost dát porodu volný průběh a častou zbytečnost a rutinnost zákroků. Další velmi častý důvod k odmítání lékařsky vedeného porodu je názor, že **doktoři sami svými zákroky způsobují komplikace** (např.: „*...většinu komplikací vytvoří porodnici sami během porodu. Tím, jak do průběhu zasahují neustálým monitoringem, vyšetřováním porodních cest, urychlováním porodu chemicky, nebo píchnutím plodové vody.*“). V tomto případě ženy především zmiňují negativní vliv vyvolávání porodu, stresování rodičky a nemožnosti zvolit si porodní polohu, ale i další vlivy, které jsou v podstatě podobné zákrokům zmíněným v prvním bodě. Třetí významný důvod vedoucí k preferenci přirozeného porodu v domácím prostředí je právě **klid a soukromí domácího prostředí** (např.: „*Jsme přeci jen rodičky, rodíme my, ne nějaký doktor, tak chceme své soukromí, svůj klid a bez těchhle základních věcí se nedokážeme soustředit a poslouchat naše instinkty.*“). Ženy především zmiňují klid v průběhu porodu, ale i v době po porodu, který podle nich není v nemocnici možný či dostatečný (množství lidí, hluk atd.). Posledním stěžejním důvodem pro zvolení co nejpřirozenějšího porodu je **možnost bondingu a kontaktu s dítětem po porodu** (např.: „*Já si myslím, že kdyby miminka nikam od maminek neodnášeli, tak by byli všichni spokojenější.*“). Ženám vadí, pokud jim miminka nejsou ihned přiložena k tělu, pokud jsou odnášena, vážena a umývána bezprostředně po porodu. Přitom se



podle žen jedná o postupy, které by mohly být dělány až po delším časovém odstupu od porodu, kdy si dítě alespoň trochu přivykne na nové prostředí.

Mezi důležité důvody rodiček (zmíněné 5x až 9x) lze zařadit **nespokojenost s nepříjemným personálem** (např.: „*Myslím, že by měl být lepší přístup zdravotníků. Zažila jsem dost nepříjemných chvil, hlavně od doktorů mužů...*“) Tento důvod ženy nejčastěji uvádí na základě předchozí negativní zkušenosti s doktory či sestřičkami v porodnici. Zmiňují neempatičnost personálu a nezájem o rodičku, které považují za velmi důležité v případě takto významného osobního zážitku. S tím souvisí i často zmiňovaná **nerovnost vztahu rodičky a personálu** (např.: „*Mám na to teorii, že prostě žena, co leží s roztaženými nohama, ukazuje, jak moc má zkrvavenou vložku, nebo třeba při porodu zažívá velké bolesti, tak prostě pozbývá velkou část svojí autority, zatímco lékař, který prakticky vždycky stojí, má bílý plášť, a v hlavě podle mě tak trochu božský komplex, má tu autoritu až neúměrně nahoře, a je jasné, co všechno z toho může vyplývat.*“) Těmto uživatelkám chybí u porodu respekt, vadí jim arogance některých zdravotníků. Nechtějí být brány jako pacientky, nýbrž jako svéprávné klientky porodnice. Další faktor, který ženy vede k volbě přirozeného porodu v domácím prostředí je **možnost volby porodní polohy** (např.: „*Poslední porod jsem musela tlačit na porodním lehátku v polosedu a bylo to nejhorší a nejnepřirozenější tlačení, co jsem kdy zažila.*“) Ženy se vesměs shodují na tom, že poloha v porodním křesle je nepříjemná a nepřirozená. Mají potřebu v průběhu porodu polohu měnit a zmiňují porodní polohy, při kterých porod přirozeně postupuje (díky dopomoci gravitace). Tvrdí také, že porodní křeslo se používá kvůli lenosti porodníků, pro které je poloha žen v křesle nejpohodlnější. Množství žen nad porodem doma uvažuje právě kvůli **přirozenosti přirozeného porodu** (např.: „*...většina žen je schopna porodit sama a bez zásahů, jen to ještě neví... Doma rodily celé generace, nepříjde mi na tom nic divného.*“) Porod by se neměl brát továrním způsobem. Jedná se o přirozený proces. Žena má instinkty, které jí vedou. To vše jsou názory, které zastávají tyto ženy. V poslední řadě lze za důležitý důvod považovat i **odmítání přístrojů a moderní techniky** (např.: „*Mně dělají problém všechny ty přístroje, které mají lékaři potřebu využívat. Už připoutání na monitor na půl hodiny a mnohdy dýl je obrovský zásah, který může zásadně ovlivnit průběh porodu.*“) Nejčastěji jsou zmiňovány právě monitory, kterými musí být žena v průběhu porodu kontrolována.

Mezi méně důležité důvody (zmíněné 2x až 4x) patří další velké množství faktorů. Ženy, které preferují přirozený způsob porodu, zmiňují **důvěru ve své schopnosti a znalosti** (např.: „*...ženy které se rozhodnou родit doma, k tomu mají docela dobré důvody... vezmou osud*

*děťátka a svůj osud do vlastních rukou. Nespolehnou se, že je přijde zachránit bíloplášť, ale věří své vlastní síle a roli ženy.“*) Důvěru ve schopnosti lze pojmout velmi podobně jako názor o přirozenosti porodu, navíc zde však je i prvek důvěry ve vlastní znalosti, který zmiňují ženy, které za sebou mají porod, který proběhl zcela bez problémů. Vedle nespokojenosti s nepříjemným personálem, která byla zmíněna již výše, lze jako samostatný důvod vymezit i **nespokojenost se špatnou komunikací s personálem** (např.: *„Jinak v té komunikaci je asi v těch porodnicích největší problém...“*), která se týká výhradně složky komunikace a předávání informací. Ženám s negativním postojem k lékařsky vedeným porodům v nemocnici vadí také **moc velké množství lidí u porodu** (např.: *„...kolem ženy běhá tuna cizích lidí, které ona nikdy předtím neviděla a oni jí, radí co, jak a kdy má dělat.“*) dále **moc světla v porodní místnosti** (např.: *„Poslední porod byl hrozný zážitek... O zářivkách, které mi svítily do obličeje, ani nemluví.“*) a dokonce i **nekompetentnost personálu** (např.: *„Já věřím jen lidem, co prožili totéž, čili chlapům u porodu jen málo... stejně tak ne porodní asistentce, sotva dokončivší školu, která nerodila ani náhodou.“*) Právě k poslednímu bodu lze dodat, že ženy zmiňují nedůvěru k mužům, kteří si, podle nich, nemohou porod představit. Ženám též vadí, že porodníci nejsou školeni v psychologických aspektech porodu a že spíše než fyziologii porodu se učí patologii porodu. Na přirozeném porodu v domácím prostředí si naopak cení možnosti, že může být nejen **partner, ale i celá rodina na blízku** (např.: *„Doma by to bylo ještě krásnější. Protože bychom měli úplný klid a mohli být opravdu celou dobu spolu.“*) Také je vyjádřena nespokojenost s tím, že jsou v nemocnici **děti uměle přikrmovány glukózou** (např.: *„Jo a jako stres pro miminka v porodnici беру to, že místo aby je dali mamince a nechali je být, nACPávají je glukózou a nosí je maminkám tupé a zvracející cukr.“*). Tento názor se však již vztahuje spíše k poporodní tématice. V poslední řadě dvě ženy zmiňují, že **v porodnici je větší riziko komplikace než při porodu doma** (např.: *„Ne, větší riziko komplikací je u nemocničních porodů. Proto ženy rodí doma. V nemocnici se dají komplikace řešit rychleji, ale riziko vzniku je tam vyšší.“*)

Závěrem lze ještě zmínit okrajové důvody (zmíněné pouze 1x). Jedna žena zmínila **odpor k nemocničnímu prostředí obecně** (*„Osobně nesnáším nemocniční prostředí.“*), jiná rodička vyjádřila **stud křičet v nemocnici** (*„Já si prostě nedokázala zahlučet v porodnici, 3 propojené pokoje, kudy neustále leze jakýsi personál a jsou tam další rodičky... tak tam mi to bylo strašlivě trapné. Doma v paneláku bych si zařvala s chutí a nejspíš by mi to pomohlo a ulevilo.“*). Jeden postoj se týkal také **přílišné péče v nemocnici** (*„Mně stačí, když mi dají pokoj a nechají mě rodit. A to se zkrátka v porodnici nestane.“*)

### 3.1.2 Proč ženy preferují lékařsky vedené porody

Při analýze příspěvků dvou diskuzních skupin, týkajících se porodů doma, bylo zaznamenáno podobné množství druhů důvodů vedoucích ženy jak k přirozenému porodu, tak i porodu lékařsky vedenému. Avšak četnost jednotlivých druhů důvodů pro lékařsky vedený porod byla menší, než u důvodů pro přirozený porod. Nejčastěji se každý důvod objevil 3x až 5x. To lze snadno vysvětlit právě zaměřením tématu diskuze, které bylo směřováno právě na porody doma. Z této příčiny zde nebudou jednotlivé důvody seřazeny do kategorií stěžejní – důležité – méně důležité – okrajové důvody, jako tomu bylo v předchozí kapitole.

Mezi důvody, které ženy zmiňují v souvislosti s odmítáním přirozených porodů v domácím prostředí resp. s kladným postojem k lékařsky vedenému porodu v nemocnici, byly identifikovány tři velmi důležité, které se v diskuzi objevily více než 15x. Podobně jako u žen preferujících porod doma se i v tomto případě mluví o **negativní zkušenosti z předchozího porodu** (např.: „*Kdyby můj první porod proběhl doma, syn by zcela jistě nepřežil... lékaři ho naštěstí dokázali zachránit. Takže za mě další porod jedině v nemocnici.*“). U velkého množství žen došlo v průběhu porodu ke komplikacím, které museli řešit doktoři. Takový zážitek ženy pochopitelně vede ke kladnému postoji ke klasickému porodu v nemocnici. Ženy proto také mluví o **vyšším riziku a možnostech komplikace** porodů vedených doma (např.: „*Já mám názor, že rodit doma, je velmi riskantní a na životě je ohroženo dítě i matka.*“). Podle těchto žen je porod nevyzpytatelný a kdykoliv může nastat nevídaná komplikace, která bude potřebovat rychlý zásah lékařů a moderní technologie. S prvním bodem velmi úzce souvisí i více či méně specifikovaný **strach z přirozeného porodu a porodu v domácím prostředí** (např.: „*Já jsem hrozný srab, já bych se porodu doma bála.*“), který lze však pro svoji četnost vymezit jako samostatnou kategorii. V případě nespecifikovaného strachu ženy nejčastěji zmiňují nedostatek odvahy a „srabáctví“. V případě konkretizovaného strachu se tyto obavy týkají právě již zmíněných komplikací.

Další důvody byly zmíněny 5x až 3x. Množství žen mluví o **preferenci klidného nemocničního prostředí** (např.: „*...nemusíš řešit co děti, hysterickéj chlap...*“). Ženám vyhovuje nemocniční péče, že se nemusí starat o ostatní děti, nemusí si samy zařizovat porodní prostředí ani další náležitosti („papírování“) a díky tomu všemu mohou lépe odpočívat. Některé ženy také vyjadřují **nedůvěru ve své schopnosti** (např.: „*...podle mě není každá žena schopná idylicky přirozeně porodit.*“) a **nedostatek zkušeností** bránící jim rozhodnout se k porodu doma (např.: „*Já si obecně myslím, že porody doma jsou vhodné spíš*

*pro druho- a vícerořičky, které už přeci jen trochu vědí, co je čeká.“*) Řada žen si uvědomuje, že musí rodit v nemocničním prostředí za dopomoci lékařů kvůli **komplikovanému zdravotnímu stavu před porodem** (např.: *„Doma bych si rodit netroufala kvůli prasklým vnitřním varixům po prvním porodu.“*) Uživatelky diskuze odmítají rodit doma kvůli **nepořádku**, který by si doma udělaly (např.: *„Neumím si představit udělat si doma porodem „svičník“ a ještě do toho „zvát“ PA. Nevím, na tohle sem háklivá.“*) a také kvůli **sousedům**, kteří by celý porod slyšeli (např.: *„Mně by bylo nepříjemný, že u tak intimní věci jsou neřádaní posluchači.“*)

Velké množství důvodů pro preferenci lékařsky vedeného porodu v nemocnici je vlastně opačným důvodem k tomu, co tvrdí zastánkyně domácích porodů. Řada žen zmiňuje například **nezbytnost přístrojů a moderní techniky** (např.: *„Já sama bych podruhé rodila zásadně opět v porodnici... také kvůli vybavení, které je ihned k dispozici...“*), stejně jako **nezbytnost lékařských zákroků** (např.: *„Chtěla bych epidurál, to mi doma nezavedou.“*) a **nezbytnost lékařského personálu** (např.: *„Neumím si představit rodit doma bez pomoci doktorů...“*) Některé ženy také zmiňují **spokojenost s personálem** (např.: *„...mě přístup v českých porodnicích naprosto vyhovuje, doktorům naprosto důvěřuju...“*) nebo se alespoň domnívají, že **nepříjemný personál stojí za snížení rizik** (např.: *„...život mimča je pro mě důležitější než pár hodin strávených s nějakým protivným personálem v nemocnici...“*) V poslední řadě se objevuje i **spokojenost s nemocničním prostředím** (např.: *„...nemám problém s nemocničním prostředím, přijde mi fajn...“*) případně ženám **na prostředí nezáleží** (např.: *„při porodu mě tedy nezajímá, že jsem doma, že vidím na kuchyň, a až porodím, půjdu do své postele.“*)

### 3.1.3 Další poznatky vyplývající z analýzy

Vedle důvodů, které ženy vedou k jednomu či druhému pólu přístupu k porodu byly v průběhu analýzy zaznamenávány i postoje žen k zdravotnickému systému jako takovému. Identifikované postoje byly vesměs negativní. Rodičky vyjadřovaly nespokojenost s více oblastmi. Ženy se domnívají, že mnoho zákroků je děláno z důvodu malých kapacit porodnic a z časových a finančních důvodů (např.: *„Když takhle pár porodů dopadne sekci tak má porodnice víc peněz, tak proč ty zásahy nedělat, že?“*) Taky jsou ženy často zklamány, že české porodnictví nedosahuje evropských kvalit a porovnávají ho s poměry v jiných zemích (např.: *„Ach jo, myslela jsem, že budeme držet krok s ostatními státy, ale jde vidět, že tady u nás se rádo zakazuje, přikazuje, dělá ze všeho problém a masť si kapsy na lidském zdraví a*

*strachu.*“) Vina se svádí i na legislativu, která nenabízí právo volby porodu (např.: „*Myslím, že v době, kdy se člověk může nechat přeoperovat na ženu nebo na muže, je vyloženě nelogické a nesmyslné, že si nemohu zvolit svůj způsob porodu.*“) Velké množství žen se shoduje na tom, že by pro porod byly nejlepší kvalitní porodní domy, nebo alespoň ambulantní porody. Ženy nespokojené s lékařsky vedenými porody v pro ně nepříjemném nemocničním prostředí by tak měly možnost volit tuto variantu a nemusely by podstupovat rizika domácích porodů.

### 3.2 Postoje k císařskému řezu

Pro identifikaci postojů žen k císařskému řezu byly využity další 2 diskuzní skupiny, tentokrát na portálu modrykonik.cz. Jedna diskuzní skupina nesla název „Císařský řez na vlastní žádost, jde to?“ a druhá „Přirozený porod nebo císařský řez?“ Celkově bylo v těchto dvou skupinách ke dni analýzy 289 příspěvků od 139 různých uživatelů. Mezi nimi bylo 14 žen bez osobní zkušenosti s porodem, 111 žen, které již alespoň jednou rodily a 14 žen, u nichž se tato informace nedala zjistit. U 110 žen se podařilo určit postoj k císařskému řezu na pětibodové škále. Následující tabulka popisuje jednotlivé body škály společně s počtem uživatelů, které daný postoj vyjadřovalo.

Postoj k porodu	Počet přispěvatelů	Popis
<b>1</b>	17	Ženy s velmi kladným postojem k císařskému řezu, které by rády rodily sekci či sekci rodily a byly velmi spokojené.
<b>2</b>	17	Ženy s kladným postojem k císařskému řezu a ženy, které zažily císařský řez a byly spokojené.
<b>3</b>	13	Nerozhodné ženy a ženy vyzdvihující klady i zápory císařského řezu.
<b>4</b>	33	Ženy s negativním postojem k císařskému řezu a pozitivním postojem k přirozenému resp. vaginálnímu porodu.
<b>5</b>	30	Ženy, které odsuzují císařský řez a silně prosazují přirozený resp. vaginální porod či ženy, které zažily sekci a mají k ní velmi negativní postoj.
<b>?</b>	29	Ženy, u nichž nebylo možné určit postoj k císařskému řezu.
Celkem	139	

**Tab. 6: Popis jednotlivých bodů škály, pomocí níž byly určovány postoje žen k císařskému řezu, společně s četnostmi jednotlivých postojů.**

Počty žen vyjadřujících jednotlivé postoje je nutno opět brát pouze jako orientační informaci dokazující, že ve zkoumaném vzorku byly ženy zastávající postoje na celé škále. Číselné údaje nelze brát jako reprezentativní a odvozovat z nich závěry pro celou populaci, vzhledem k tomu, že se jedná o kvalitativní studii. Pro konkrétní představu lze opět uvést typické postoje:

	Příklady postojů
Postoj 1	"Jsem rozhodnuta se na CŘ na vlastní žádost 100% poptat..."
	"Rodila jsem CŘ akutně - miminko se začalo dusit. Musím říct, že pokud nebudu mít zaručen druhý porod taky tak, tak druhé dítě prostě mít nebudu."
	"UŽ NIKDY rodit normálně nechci a nebudu, i kdybych měla zaplatit 100 tisíc..."
Postoj 2	"...ale i tak si myslím, že raději císař než porod!!!"
	"Pokud bude další dítě, nezlobila bych se za CŘ."
	"Za mě byl císař v pohodě... Takže já neztracuju ani císaře."
Postoj 3	"Úplně rozumím tomu, když chce někdo rodit za každou cenu přirozeně, anebo naopak chce císaře."
	"Záleží zcela na rozhodnutí rodičky a lékaře, který porod je bezpečnější pro matku a dítě a nikdo nemá právo nikoho odsoudit."
	"Četla jsem všechny Vaše příspěvky, jestli přirozeně nebo CŘ. Každé má své pro a proti."
Postoj 4	"Do císaře bych dobrovolně nešla, je to velká operace a má spoustu rizik."
	"Nač podstupovat takový zbytečný zákrok, když to jde i jinak..."
	"Doufám, že se jednou další mimi narodí přirozeně."
Postoj 5	"Rodila jsem císařem a díky bohu za to, že druhý neplánujeme, protože bych umřela strachem, že by to mohl být opět císař."
	"...můžu říct, že další dítě rozhodně nechci rodit císařem."
	"Už nikdy, nikdy, nikdy. Když mě daj zas na výběr tak jediné přirozeně."

Tab. 7: Konkrétní ukázky postojů vzhledem k jednotlivým bodům škály.

V následné analýze důvodů, které ženy vedou k daným postojům, bylo identifikováno celkem 202 důvodů, které byly sdruženy do menšího počtu tematických kategorií. Z hlediska četnosti je lze opět rozdělit na stěžejní důvody (vyskytly se 10x a víckrát), důležité důvody (vyskytly se 5x až 9x), méně důležité důvody (vyskytly se 2x až 4x) a okrajové důvody (vyskytly se 1x).

### 3.2.1 Proč ženy chtějí císařský řez

Jako stěžejní důvod (zmíněný více než 10x) pro zvolení císařského řezu ženy uvádí vyšší **rizika a možné komplikace spjaté s vaginálním porodem** (např.: „*Přijde mi zbytečně riskantní snažit se porodit normálně a pak mimi až na poslední chvíli tahat akutním císařem.*“). Zastánkyně tohoto důvodu se chtějí vyhnout nepředvídatelným komplikacím, které mohou vést k postižení či usmrcení dítěte. V této kategorii jsou zahrnuty jak porodní komplikace, tak možné poporodní komplikace.

Mezi důležitými důvody (zmíněné 5x až 9x) lze zmínit např. **nepříjemnou předchozí zkušenost s vaginálním porodem** (např.: „*Mám za sebou dva vaginální porody a už nikdy více.*“), která je v tomto pojetí brána zcela obecně. Ženy se také pro císařský řez rozhodují z důvodů **zdravotních komplikací** (např.: „*Malá je koncem pánevním, takže budu volit*

císaře“), což je zcela pochopitelný a z lékařského pohledu i doporučovaný důvod. **Nespecifikovaný strach z vaginálního porodu** (např.: „...mám hroznej strach z přirozenýho porodu...“) se vyskytuje podobně často jako **strach z komplikací a bolesti** (např.: „Nejvíce jsem se bála, že budu x hodin mít bolestivé kontrakce a pak mi udělají CŘ a ještě mi dítě budou křísit.“). Kvalitativně lze od strachu z bolesti odlišit i **snahu vyhnout se bolesti** (např.: „Já třeba měla porodní bolesti tak šílené a strašné, že už NIKDY rodit normálně nechci...“), při které není zmiňována složka strachu. V tomto posledním případě je zahrnuta nejen bolest porodní, ale i poporodní.

Mezi méně důležitými důvody (zmíněné 2x až 4x) se vyskytl např. konkrétní **strach z nástřihu a šití** (např.: „Jediný čeho se neuvěřitelně bojím, je to že budu nastřižnutá a celá zašitá...“) Některé ženy také zmiňují, že po císařském řezu je **rychlejší rekonvalescence** (např.: „Nakonec i pro ženu je kolikrát rekonvalescence z CŘ rychlejší a lepší.“), než po vaginálním porodu. Ženy se dále obávají, že po vaginálním porodu budou mít **problémy se sexem** (např.: „Spíše mám strach z toho, že už to tam dole bude prostě stát za kulový.“) a proto spíše **preferují poškození břicha než vagíny** (např.: „...radši teda aby mě bolelo břicho než pipka.“)

Mezi okrajovými důvody (vyskytly se pouze 1x) lze zmínit názor, že **pro dítě je lepší rychlý porod** („...za mě CŘ docela šel a pro dítě je fakt lepší než váznout x hodin v porodních cestách...“), případně názor naznačující **nepřirozenost vaginálního porodu** („Názory některých doktorů a PA, že žena má rodit v bolestech jsou stupidní a pravěké.“) Jedna uživatelka zmínila, že **netouží po zážitku porodu** (např.: „...klidně bych obětovala ten pocit, že příchod na svět našeho mimi prospím.“) a jedna vyjádřila **nedůvěru ve své schopnosti** (např.: „Myslím, že nebudu zvládat přirozený porod...“) V poslední řadě byla v jednom příspěvku identifikována snaha **zbavit se zodpovědnosti** (např.: „...budu radši, když dítě vytáhne lékař.“)

### 3.2.2 Proč ženy preferují vaginální porod

Mezi stěžejní důvody (zmíněné více než 10x) toho, proč ženy odmítají císařský řez, patří především **vyšší rizika a komplikace spjatá s císařským řezem** (např.: „Do císaře bych dobrovolně nešla, je to velká operace a má spoustu rizik. Jak pro matku, tak pro dítě.“), s čímž souvisí i druhý nejčastěji patrný názor, tedy že po císařském řezu je **delší rekonvalescence** (např.: „...nemůžeš se zvednout, otočit, přitulit dítě, od pasu dolů jsi ochrnutá, jako fakt bomba... hojení je určitě horší po císaři.“) S delší rekonvalescencí zase

souvisí **nemožnost starat se o dítě po porodu** (např.: „*Ale ještě dnes je mi zle při představě, jak tam byl syn dva dny sám...*“). Ženy po porodu císařským řezem vnímají, že péče o děti je v následujících několika dnech v rukách zdravotních sester, či v lepším případě otců, s čímž se těžko srovnávají. Uživatelky diskuzního fóra se také chtějí **vyhnout bolestem** po císařském řezu (např.: „*A ta bolest po něm je tak strašná a dlouhodobá, že následná bolest po šití je nic... Přirozený porod bolí jen několik hodin a máš pak po všem... bolest po císaři je dny, týdny a měsíce. Toho bych se bála víc...*“), které popisují jako mnohem delší a intenzivnější, než po vaginálním porodu. V neposlední řadě se mezi stěžejními důvody objevují i **problémy s kojením** (např.: „*...po CŘ se většinou mamin tvoří hůře ze začátku mléko.*“), které jsou velmi často přisuzovány právě císařskému řezu. Ženy si také často stojí za **přirozeností porodu** (např.: „*Jsem pro přirozený porod, protože je to PŘIROZENÉ... příroda to prostě tak zařídila.*“)

Následují důležité důvody (zmíněné 5x až 9x). Mezi ně patří nespokojenost žen s **nemožností bondingu** po sekci (např.: „*Navíc miminko vám po porodu ukáží a odnesou, takže žádné přikládání na břicho, protože to je třeba sešít.*“), kterou ženy velmi těžce nesou. Vadí jim, že jsou, především kvůli narkóze, neschopné s miminkem interagovat okamžitě po porodu, a že jim porodníci z důvodu pokračující operace nemohou dítě nechat. Jiné ženy mají **nespecifikovaný strach císařského řezu** (např.: „*Já bych CŘ nikdy rodit nechtěla, strašně se toho bojím.*“), případně nechťejí mít **jizvu** (např.: „*Spodek se ale zahojí, zatímco jizva zůstane.*“), která je nejen neestetická, nýbrž může i dlouhodobě pobolívat či „tahat“. Část žen se také domnívá, že vaginální porod je důležitý pro **rozběhnutí dalších procesů** (např.: „*...je to přirozené a pomáhá to nastartovat další věci, které se dějí po porodu. Hormony, psychika, vše je nastaveno na přirozený porod.*“), jako je např. kojení (zmíněné výše v samostatné kategorii), ale i získání imunity či přirozené mikroflóry dítěte.

Podíváme-li se dále na méně důležité důvody (zmíněné 2x až 4x), vidíme, že jisté ženy nechťejí přijít o **zážitek porodu** (např.: „*...taky bych se nerada nechala dobrovolně ošidit o ten pocit, porodit to miminko přirozenou cestou...*“), zatímco se naopak chtějí vyhnout poporodním omezením ve formě **drenáže a cévkování** (např.: „*Bezvadnou chuťovku je taky to, že si s sebou nosíš bandasku napojenou na břicho plnou krve a humusu...*“) a také **komplikacím při dalším porodu** (např.: „*...za další dojde k narušení dělohy, takže jisté riziko ruptury dělohy u dalšího těhotenství tu je...*“) Některé uživatelky diskuzních fór také preferují vaginální porod, protože se domnívají, že mohou **důvěřovat svým schopnostem** (např.: „*Hrozně jsem se těšila na přirozený porod a jsem přesvědčená, že bych to lehce*



zvládla...“) a naopak volba císařského řezu jim přijde **nezodpovědná** (např.: „...císař na žádost se asi nedělá a je to i dost nezodpovědné.“)

Závěrem lze zmínit ještě okrajové důvody (zmiňené pouze 1x). Jeden postoj se týkal **studu nechat o sebe pečovat** po císařském řezu („...za pomoci sestry chodit na záchod je dost ponižující...“). Jedna žena se také domnívá, že dojde k **evolučnímu zapomenutí přirozeného porodu**, pokud více žen v generaci po sobě porodí císařským řezem („Jde hlavně o to, že pokud ženy budou čím dál tím častěji chodit na císaře, vytratí se ze společnosti ta genetická informace o přirozeném porodu a do budoucna už ani jinak než císařem rodit nepůjde.“), kě se objevují názory, že po císařském řezu mohou mít matky častěji **psychické obtíže** („Lidé po císaři mají pak v životě větší psychické problémy.“), případně i **horší vztah k dítěti** („A taky jsme pak k sobě déle hledali vztah...“)

### 3.2.3 Další poznatky vyplývající z analýzy

Při analyzování příspěvků nebyl identifikován odmítavý postoj k císařskému řezu v případě indikovaného lékařského problému. Lze se tedy domnívat, že naprostá většina rodiček souhlasí s císařským řezem v případech, kdy by mohlo být ohrožen život dítěte či matky. Naopak však do diskuze přispělo několik žen, které by si přály císařský řez, přestože k tomu nemají zdravotní důvody. Podobně jako u analýzy postojů k přirozeným porodům v domácím prostředí pak byly i zde nalezeny postoje vyjadřující nespokojenost s nemožností volby císařského řezu na přání rodičky (např.: „Žijeme v době moderní medicíny, je demokracie, hlasuju pro to, aby maminky - rodičky měly právo volby!“) i za předpokladu, že by žena sama hradila finanční náklady spojené se zákrokem.

## 4 Diskuze

Výsledky výzkumné části přinesly mnoho zajímavých informací o celé zkoumané oblasti. Především lze konstatovat, že výsledky korespondují s podobnými výzkumy ze zahraničí. V českém prostředí se jedná o první studii, která se snaží zmapovat postoje žen k porodům a zároveň přináší konkrétní důvody žen k porodním postojům a dokazuje tak, že české ženy se v porodní oblasti zabývají velmi podobnými tématy jako ženy v zahraničí. Ačkoliv se ve studované problematice mohou projevovat určité kulturní či legislativní odlišnosti, je patrné, že některá témata vyvolávají velké emoce a diskuze napříč celým světem – např. právě problematika císařského řezu či naopak přirozených porodů bez lékařských zákroků. Také mezi důvody, které ženy vedou k daným postojům, lze identifikovat mnoho klíčových oblastí

(strach z bolesti, strach z komplikací atd.) Podrobněji se těmto podobnostem, ale i odlišnostem budeme věnovat později. Nejdříve však považujeme za vhodné zamyslet se nad charakteristikami zkoumaného vzorku žen.

Jak již bylo řečeno výše, z povahy zkoumaných dat nebylo možné určit demografické, ani jiné charakteristiky uživatelů diskuzních fór, na nichž byl prováděn výzkum, ani pasivních uživatelů, kteří na diskuzním fóru pouze čerpají informace a nepřispívají. Některé zahraniční studie se však snažily tuto oblast prozkoumat. Bylo zjištěno, že budoucí matky obecně prahnou po informacích ohledně těhotenství a porodu (Larsson, 2009; Lagan, Sinclair & Kernohan, 2011) a že se čím dál více uchylují k vyhledávání těchto informací na internetu (Lagan, Sinclair & Kernohan, 2011; Romano, 2007). Internet se pak často stává prvním zdrojem, na kterém si ženy ověřují informace související s porodem a těhotenstvím, a na základě kterého ženy utvářejí rozhodnutí ohledně porodu (Forkner-Dunn, 2003; Dickerson et al., 2004; Lagan, Sinclair & Kernohan, 2010). Deset let starý americký průzkum například poukázal, že toho času využívaly více než tři čtvrtiny žen internet k hledání porodních informací (Declercq et al., 2007b). Ve švédské studii to bylo dokonce 84 % žen (Larsson, 2009) a v nedávné čínské studii pak necelých 89 % žen (Gao, Larsson & Luo, 2013). Vzhledem k intenzivnímu rozšíření internetu se lze domnívat, že v současné době bude toto číslo ještě vyšší. Na uvedených hodnotách lze demonstrovat především fakt, že informace ohledně porodu vyhledávají na internetu (a tedy i diskuzních fórech, jakožto nejdostupnějších internetových stránkách při vyhledávání porodní problematiky) vesměs všechny ženy bez ohledu na demografické charakteristiky. Jedinou výraznou a logickou charakteristikou je věk žen. Lze předpokládat, že na diskuzní fóra týkající se porodu chodí převážně ženy před porodem či několik let po porodu. Tento předpoklad potvrzují i příspěvky žen na diskuzních fórech, v kterých se odrážejí myšlenky ohledně blížícího se porodu resp. zkušenosti s porodem nedávno proběhlým. Z faktických údajů lze zmínit alespoň britskou studii, v níž zjistili, že průměrný věk uživatelek diskuzního fóra „Babyworld“ (obdobného těm, které byly využity v této práci) byl nižší než 35 let (Madge & O'Connor, 2006). Také na švédském fóru pro matky byl zaznamenán průměrný věk uživatelek 30,6 let (Sarkadi & Bremberg, 2005).

V souvislosti s demografickými charakteristikami je vhodné na tomto místě zmínit také omezení práce, které spočívá v nerozlišení postav žen, které ještě nikdy nerodily a žen, které mají již alespoň jeden porod za sebou. Mezi uživatelkami diskuzních fór, jejichž příspěvky byly analyzovány, bylo bohužel identifikováno pouze nepatrné množství žen očekávajících první dítě, a proto nebylo možné postoje těchto dvou skupin žen odlišit. Četné studie však

prokázaly, že postoje žen k porodu jsou do určité míry odlišné právě v závislosti na tomto faktoru (např.: Gamble & Creedy, 2001; Hašková, 2001b; Mazzoni et al., 2011). Ačkoliv kvalitativní povaha výsledků této práce není tímto nedostatkem významně dotčena, zdálo by se nám vhodné pokusit se v případné další studii podobného typu tento faktor podrobit hlubšímu prozkoumání.

Velké množství informací přinesla již samotná analýza nejčastěji diskutovaných témat, která odráží mnoho skutečností. Za zmínku stojí především překvapující množství příspěvků (více jak třetina) v diskuzních tématech zabývajících se gynekologickými balónky Epi-no a Aniball. Tyto prostředky slouží k předporodní přípravě porodních cest a měly by snižovat riziko nástřihu, poranění hráze při porodu a dokonce i snížit potřebu podávání analgetik. Ačkoliv existuje několik studií, které poukazují na pozitivní efekt cvičení s těmito prostředky, nejedná se často o statisticky významné zlepšení (Kok et al., 2004; Kovacs, Heath & Heather, 2004; Shek, 2011). Je však pochopitelné, že se ženy zajímají o tyto produkty, jelikož se jedná o jednu z mála metod, kterou mohou ženy ovlivnit průběh porodu – ať už po stránce anatomické (zpevnění svalů, naučení se techniky tlačení) či po stránce psychologické (dodání sebedůvěry). Zcela pochopitelné je i velké množství diskuzních témat a příspěvků týkajících se předporodních dotazů, což lze dát do souvislosti s již zmíněnou touhou žen po informacích ohledně porodu (Larsson, 2009; Lagan, Sinclair & Kernohan, 2011) a snahou být na porod co nejlépe připraven. Císařský řez je třetím největším tematickým celkem, o kterém ženy diskutují. Jak již bylo řečeno, jedná se o nejčastěji diskutovaný zákrok nejen na českých diskuzních fórech, ale i ve světových odborných publikacích (čemuž svědčí obrovské množství publikovaných výzkumů v této oblasti). Vedle obecných otázek ohledně císařského řezu si lze povšimnout dvou výraznějších podtémat – Přirozený porod po porodu císařským řezem a Císařský řez na přání ženy. Tato dvě, ve své podstatě opačná, témata poukazují na ambivalenci v postojích žen k císařskému řezu – na jedné straně ženy, které podstoupily porod císařským řezem a zajímají se o možnost znovu родit přirozeně, aby se císařskému řezu vyhnuly a na straně druhé ženy, které samy dobrovolně chtějí císařský řez. Mezi „alternativními“ porodními způsoby jsou výrazná především témata Porod doma a jemu příbuzný Ambulantní porod, což odpovídá i zjištění Haškové (2001b) o narůstajícím zájmu o přirozené porody bez lékařských zásahů. S výzkumem Haškové (2001b) pak korespondují i další témata – Vyvolávaný porod, Přítomnost osob u porodu, Bolest u porodu, Anestezie či Další porodní techniky – která výrazně ovlivňují celkový postoj žen k porodu a je proto přirozené, že o nich ženy vedou debaty. Naopak se může zdát, že oproti výsledkům Haškové

(2001b), která poukazuje na intenzivní zájem rodiček vybírat si konkrétní porodnici, není v předkládané analýze příliš příspěvků, které by se týkaly právě dotazů na konkrétní porodnici. To však vyplývá z prostého důvodu, že pro dotazy na konkrétní porodnice byla na obou fórech vytvořena samostatná diskuzní oddělení, která nebyla zahrnuta v naší analýze diskutovaných témat.

Stěžejní výsledky této práce se zabývají postoji žen k porodům v domácím prostředí, resp. lékařsky vedeným porodům v nemocnici a postoji žen k císařskému řezu. Kvalitativní analýza příspěvků poukázala, že lze v českém prostředí identifikovat vzhledem k těmto klíčovým oblastem celou škálu postojů od velmi kladných postojů (např. touha родit doma či zvolit císařský řez na přání) až po velmi negativní postoje (např. odmítání či odsuzování přirozených porodů doma či císařského řezu). Ačkoliv je nepopíratelné, že v českém prostředí žijí ženy, které zastávají tyto rozdílné postoje, je nezbytné mít na paměti i sociálně-psychologické jevy, které mohou zkreslovat skutečnost, obzvláště v anonymním prostředí, kterým je internetové diskuzní fórum. Mezi těmito jevy lze připomenout především polarizaci postojů (Isenberg, 1986), teorii sociálního srovnávání (Festinger, 1954) či konformitu (Asch, 1951), které byly blíže popsány v teoretické části. Při analýze také vyšlo, v souladu s teorií, najevo, že postoje žen se formují mnoha různými způsoby. Nejčastějším zdrojem formování postojů byla zcela jistě vlastní zkušenost (např.: „*Já rodila v porodnici, ale kvůli docela nepěkným zkušenostem pro příště jsem už docela rozhodnutá být doma.*“), případně zkušenost zprostředkovaná od jiné rodičky (např.: „*...znám tři ženy, které rodily doma a všechny přivedly na svět krásné a zdravé miminko.*“). Postoje žen byly také často výsledkem kognitivního posouzení, tedy zvážení logických argumentů pro daný postoj (např.: „*Výzkum provedený na téměř 80 tisících porodů, který byl publikován v New England Journal of Medicine, prokázal, že při plánovaných porodech mimo nemocnici byla úmrtnost 3,9 dítěte na tisíc případů, v porodnici šlo o 1,8 dítěte... proto bych doma nerodila.*“) Své místo při utváření postojů má však i observační učení (např.: „*...vždyť je to skoro v každém druhém deníčku, jak někdo narazil na nějakou necitlivou protivnou sestru!*“) či přesvědčování (např.: „*Chtěla jsem родit doma, ale nakonec jsem dala na radu gynekologa, ať rodím v nemocnici a jsem mu nesmírně vděčná... Kdybych rodila doma, syn by pravděpodobně nepřežil.*“) Zdá se však, že postoje žen k porodu byly v převážné většině případů vytvořeny na základě vlastní zkušenosti a jsou tak do značné míry subjektivní až iracionální. Iracionalita postojů obecně se pak dá vysvětlit řadou faktorů, které přehledně uvádí Sutherland (1994) – např. omyl plynoucí z prvního dojmu, atribuční chyby či zkreslení vnímané skutečnosti emocemi. Zdrojem

iracionality jsou také myšlenkové chyby – např. ignorujeme či zkresluje důkazy, které svědčí proti našemu názoru, mylně odhadujeme pravděpodobnosti nějaké události a máme tendenci spíše k využívání heuristik než logických myšlenkových postupů (Sutherland, 1994).

Ať už jsou však postoje žen k porodu vytvořeny na subjektivním či objektivním podkladu, vždy do jisté míry odráží jejich spokojenost, která je v porodnické oblasti velmi důležitým faktorem ovlivňujícím četné další aspekty na rovině psychologické i somatické. Porodní zážitek je významná událost ovlivňující např. míru psychické odolnosti v rodičovství a může mít bezprostřední i dlouhodobý efekt na vztah ženy k dítěti a partnerovi (Bryanton et al, 2008; Sosa et al., 1989, Ayers, Eagle & Waring, 2006). Špatná porodní zkušenost přispívá k rozvoji poporodního smutku (tzv. baby blues) a poporodních depresí (Righetti-Veltema, 1998) a může rovněž vyústit v odmítání dalšího těhotenství, elektivní císařský řez při dalším porodu či v následnou infertilitu (Tschudin et al., 2009; Gottvall & Waldenström, 2002). To je jen několik příkladů z mnoha, které poukazují na důležitost kladných postojů resp. spokojenosti žen s porodem.

Vedle zmapování obecných postojů k porodu, výzkum přináší i zmapování důvodů, které ženy vedou k daným postojům. Postoje žen většinou vycházejí z těchto identifikovaných důvodů, a jsou v nich silně zakořeněny – zjištění důvodů je tedy důležitým krokem k hlubšímu porozumění postojů žen k porodu. Ženy velmi často vyjadřují postoj k porodu rovnou společně s těmito důvody (např.: „...*druhý porod byl akutní císař - hrůza, nejhorší zážitek v životě, šílená bolest jizvy, bonding žádný, kojení se nerozjelo tak jak mělo, rekonvalescence půl roku, za mě dobrovolně NIKDY!!!*“)

Srovnáme-li důvody českých žen k volbě porodu v domácím prostředí resp. k volbě lékařsky vedeného porodu v nemocnici s důvody žen identifikovaných v zahraničních studiích, vidíme značné podobnosti. Asi nejpodrobnější zahraniční studie popisující důvody žen k volbě domácího porodu je metaanalýza 15 dostupných studií (z Anglie, Kanady, Austrálie, USA, Švédska a Finska) na toto téma (Holten & Miranda, 2016). Vzhledem k nejednotné metodologii studií a nejednotnému členění důvodů pro zvolení tohoto druhu porodu lze výsledky porovnat pouze na obecné rovině. Stejně jako v naší studii, je i ve většině zahraničních studií, mezi nejvýznamnějšími důvody uváděna negativní zkušenost z předchozího porodu v nemocnici, odmítání lékařských zákroků, nižší rizikovost domácích porodů, soukromí a klid, odmítání lékařského prostředí a doktorů, víra v přirozenost porodu a víra ve vlastní schopnosti. V zahraničních studiích se navíc objevují i některé další důvody,

kteřé nebyly zaznamenány při analýze českých diskuzních fór – patří sem např. *možnost kontroly porodu* v domácím prostředí (což však do jisté míry koresponduje např. s námi identifikovaným názorem žen, že porodníci do porodu příliš zasahují a naopak nevyslyší přání žen). Ženy také oceňují, že *domácí porod není časově omezen* (v našem případě vyjadřují nespokojenost s urychlováním porodu), považují ho za *vhodnější pro dítě* a vnímají ho jako *pozitivní zážitek*, o který nechtějí přijít (tento poslední důvod byl v naší studii zaznamenán pouze jako důvod pro odmítání císařského řezu). V zahraničních studiích se také jako důvod volby domácího porodu vyskytuje *možnost vybrat si svého porodníka, rodinná tradice domácích porodů* a absence nutnosti *plánovat převoz do nemocnice* (Boucher et al., 2009; Holten & Miranda, 2016). V poslední řadě je velmi zajímavý i silně kulturně podmíněný důvod vyskytující se v americké studii, kde některé ženy volí domácí porod z *náboženských důvodů* – přijetí lékařské péče pro tyto ženy znamená nevíru v boží vůli a tedy zhřešení (Edwards & Kirkham, 2013; Miller, 2009). V českém prostředí lze naopak spatřit dvě výraznější odlišnosti od zahraničních studií. První odlišností je zjištění, že české ženy mnohem více akcentují důvody související s personálem porodnic – vyjadřují nespokojenost s nepříjemným personálem, trápí je nerovnost mezi rodičkou a personálem, špatná komunikace, nekompetentnost a také sdělují svůj názor, že doktoři sami svými zákroky způsobují většinu komplikací. Zatímco v českém prostředí se jedná o stěžejní důvody pro volbu domácího prostředí, v zahraničních studiích jsou tyto důvody, zdá se, méně významné (pro srovnání např. Holten & Miranda, 2016). Toto zjištění potvrzuje i česká studie Takács et al. (2012), která dochází k závěru, že hlavní nedostatky týkající se porodnictví tkví především v nedostatečném zapojování rodiček do rozhodování, omezeném poskytování informací, nerespektování přání žen, nedostatečné psychické podpoře žen a neosobním, nadřazeným a rutinním přístup některých zdravotníků. Druhé výrazné zjištění se týká bondingu. Zatímco v zahraničních studiích ženy bonding prakticky nezmiňují jakožto důvod k volbě domácího porodu, v naší studii je možnost bondingu jedním z hlavních důvodů. Bondingem se u nás zabývá např. Mrowetz, která ve své knize zmiňuje výsledky svého nepublikovaného výzkumu provedeného na 1340 porodech. Tvrdí, že zatímco v českém prostředí je bonding zcela nedostatečný u většiny žen, u Čechů rodičích v zahraničí je situace opačná – ženy zde mají po vaginálním porodu ve více než dvou třetinách nepřerušovaný kontakt se svým dítětem (Mrowetz, Chrástilová & Antalová, 2011).

Porovnáme-li námi zjištěné důvody českých žen k preferenci resp. odmítání císařského řezu s důvody zjištěnými u žen v zahraničí, spatříme opět velkou konzistenci ve výsledcích. Mezi

velkými studiemi této problematiky v zahraničí lze jmenovat např. studie Dursuna et al. (2011), Fenwicka et al. (2010), Fuglenes et al. (2011) či Haucka et al. (2016). Prakticky všichni autoři ve shodě s výsledky naší studie identifikují mezi stěžejními důvody žen k volbě císařského řezu strach z porodní bolesti, snahu vyhnout se vaginálnímu zranění, rizikovost vaginálního porodu, zdravotní důvody či nepříjemnou předchozí zkušenost. V zahraničních studiích se navíc objevují důvody jako *možnost naplánovat si čas porodu*, *snaha vyhnout se dlouhotrvajícímu a vyčerpávajícímu porodu* či *psychické trauma ze sexuálního zneužití*, které žena v minulosti prožila a kvůli kterému není schopná běžného porodu. V poslední řadě některé studie tvrdí, že ženy preferují císařský řez, protože je to *moderní*, či z důvodu rození císařským řezem v *rodinné historii*. Mezi významnějšími důvody identifikovanými v naší studii, které absentují ve studiích ze zahraničí lze zmínit pouze strach z nástřihu a šití, které na českých diskuzních fórech zmínilo hned několik žen. To může být způsobeno, podobně jako v případě bondingu, rutinním a nadužívaným prováděním tohoto zákroku v ČR. Jedná se totiž o nejčastěji praktikovaný chirurgický zákrok při porodu (Rušavý et al., 2011). Statistické údaje poukazují, že epiziotomie byla v roce 2013 provedena u 31,6 % všech porodů, resp. u 42,4 % vaginálních porodů (ÚZIS, 2015). Podobně vysoké hodnoty mají spíše rozvojové státy, zatímco vyspělé státy se snaží episiotomii využívat co nejméně (Graham et al., 2005). Mnohem menší počet zahraničních studií se zaměřuje i na důvody žen, které odmítají císařský řez, avšak i v tomto případě panuje shoda v nálezech těchto studií s naším výzkumem. Ženy nejčastěji odmítají císařský řez, protože se chtějí vyhnout operaci jako takové, ale i dalším rizikům, jizvám a delší rekonvalescenci. Stejně jako ženy v naší studii zmiňují ženy v zahraničí i přirozenost vaginálního porodu a touhu prožít zážitek přirozeného porodu. V zahraničních (amerických) studiích je navíc zmíněn *ekonomický faktor*, který není patrný v českém prostředí. Na rozdíl od ČR není v USA povinné zdravotní pojištění a některé ženy si tak porod platí samy, výrazně vyšší cena císařského řezu je tak pro ně důležitým faktorem při volbě druhu porodu (Dursun et al., 2011; Hauck et al., 2016). Naopak v naší studii se mezi důvody proti císařskému řezu objevuje opět nemožnost bondingu, která není patrná v zahraničních studiích.

Velmi zajímavým jevem, který se vyskytl při analýze důvodů pro volbu daného typu porodu, je určitý rozpor, který se v důvodech objevuje – např. zastánci domácích porodů se domnívají, že v domácím prostředí je nižší riziko komplikací, zatímco zastánci lékařsky vedených porodů se domnívají, že nižší rizika jsou naopak v nemocnici. Tento rozpor se dá vysvětlit více důvody. Především se lze domnívat, že postoje žen jsou do značné míry ovlivněny jejich

konkrétní zkušeností a jsou tak velmi subjektivní. Je zjevné, že stejně jako porod doma, tak i porod v nemocnici je zatížen řadou různých rizik, jejichž objektivní srovnání je prakticky nemožné a nelze proto posoudit, které ženy mají pravdu. Podobně se některé ženy preferující císařský řez domnívají, že po sekci dochází k rychlejší rekonvalescenci, zatímco naopak přívrženci přirozených porodů volí z důvodu rychlejší rekonvalescence vaginální porod. Pro objasnění tohoto rozporu lze např. zmínit studii, ve které bylo prokázáno, že 10 týdnů po porodu byla vyšší prevalence fyzických i psychologických komplikací u žen, které absolvovaly císařský řez (Fenwick et al., 2012). Rozpor lze tedy opět vysvětlit tím, že ženy se na skutečnost dívají subjektivně, na základě vlastního úsudku. Subjektivitu příspěvků lze v krátkosti demonstrovat např. i na názoru jedné uživatelky, která se domnívá, že pokud bude více žen po sobě v jedné linii rodit císařským řezem, ztratí se z jejich genetické informace schopnost rodit přirozeně. Tento názor jde proti moderním poznatkům evoluční biologie a lze ho považovat za mylný.

V průběhu analýzy diskuzních fór byly zaznamenány i některé potřeby českých žen. Ženy vyjadřovaly touhu po možnosti volby porodního způsobu - ať už porodu doma či porodu v porodním domě, ale i možnosti zvolit si císařský řez na přání. Je pravděpodobné, že pokud by se tyto možnosti staly součástí českého porodnictví, výrazně by klesla nespokojenost žen ve všech zkoumaných oblastech. Ve shodě s výzkumem Haškové (2001b) a Takács et al. (2012) můžeme tvrdit, že největší nespokojenost žen plyne především ze vztahu s personálem nemocnic. Ženy nechtějí plnit příkazy zdravotníků, nýbrž se chtějí podílet na rozhodování. Potřebují v porodnicích příjemné, podpůrné a respektující sociální prostředí. Zvýšení kvality v této oblasti porodnictví by také přispělo k nárůstu spokojenosti rodiček. V poslední řadě považujeme za důležitý krok ke spokojenosti rodiček jejich řádnou informovanost a to především v problematice císařských řezů. Lze se domnívat, že pokud budou rodičky mít dostatek objektivních informací o přirozeném průběhu porodu, a zdravotník s nimi probere jejich obavy, sníží se touha žen rodit sekci.

Náš výzkum přináší komplexní souhrn postojů a také důvodů, které ženy vedou k volbě nejčastěji diskutovaných druhů porodů. V budoucnosti by bylo zajímavé s pomocí těchto kvalitativních dat ověřit i jejich kvantitativní zastoupení na reprezentativním vzorku české populace.



## 5 Závěr

Předkládaná práce zmapovala, prostřednictvím analýzy českých internetových diskuzních fór, postoje žen k porodu, které v důsledku ústí ve dva výrazné současné trendy patrné v oblasti českého, ale i světového porodnictví. Mezi tyto trendy patří na jedné straně nárůst zájmu o přirozené porody v domácím prostředí a na straně druhé zvyšující se procento císařských řezů. Studie na konkrétních postojích ukázala, že české ženy více či méně sympatizují s oběma těmito póly a postoje k porodu si vytváří na základě vlastní zkušenosti, zprostředkované zkušenosti, kognitivního posouzení, observačního učení či přesvědčování. Důležitým přínosem studie je také vytvoření uceleného seznamu důvodů, které ženy vedou k preferenci domácích porodů resp. císařského řezu, což nám může pomoci hlouběji porozumět postojům žen.

Přirozený porod v domácím prostředí volí jeho zastánkyně především proto, že odmítají lékařské zákroky, techniku či doktory jako takové. Tyto ženy mají často negativní zkušenost z předchozího porodu v nemocnici. Mezi hlavními klady porodu doma pak zmiňují klid a soukromí domácího prostředí, možnost bondingu bezprostředně po porodu, možnost volby porodní polohy, ale i možnost mít v blízkosti celou rodinu. Naopak nechtějí родit v nemocnici, protože se chtějí vyhnout personálu, který popisují jako nepříjemný, nerespektující či dokonce nekompetentní. Tyto ženy důvěřují svým schopnostem a věří v přirozenost porodu.

Na druhé straně existují ženy, které odmítají domácí porody a přiklání se k lékařsky vedeným porodům v nemocnici. Tuto možnost často preferují ženy, které při předchozím porodu zažily komplikaci, která by dle jejich mínění v případě absence zdravotnického personálu skončila fatálně a také ženy, které předem znají své zdravotní komplikace, které jim předurčují porod v porodnici. Preference lékařsky vedeného porodu je dána také strachem z přirozeného porodu v domácím prostředí, či názorem, že domácí porod je více rizikový a s větší možností nenadálých komplikací. Ženy, které chtějí родit s pomocí doktorů, preferují klidné nemocniční prostředí, oceňují vybavenost nemocnic technickými vymoženostmi a personál považují za nezbytný či příjemný. Také jsou zde ženy, které tolik nedůvěřují svým schopnostem či se jako prvorodičky necítí dostatečně zkušené.

Dále byly zkoumány důvody žen preferujících císařské řezy. Tyto ženy mají často nepříjemnou zkušenost s předchozím vaginálním porodem a domnívají se, že vaginální porod

s sebou nese více rizik a možných komplikací. Ženy, které chtějí císařský řez, často vykazují strach z bolesti či nástřihu a následného šití. Některé ženy zmiňují rychlejší rekonvalescenci po císařském řezu a jiné zase spíše preferují poškození břicha než vagíny, s čímž souvisí i strach žen, že sex po vaginálním porodu nebude tak kvalitní.

V poslední řadě lze zmínit důvody žen odmítajících císařský řez. Tyto ženy si uvědomují vyšší rizika a komplikace spjaté s tímto operativním zákrokem a proto zmiňují i delší rekonvalescenci. Preferují vaginální porod, aby se mohly po porodu starat o své dítě a nebyly ochuzeny o bonding. Ženy se dále chtějí vyhnout bolestem, zjizvení, drenážím, cévkování, problémům s kojením či komplikacím v průběhu dalších těhotenství. Porod vnímají jako přirozený proces, který se navíc podílí na nastartování dalších důležitých pochodů. Důvěřují svým schopnostem a porod císařským řezem jim přijde nezodpovědný. V poslední řadě se domnívají, že po vaginálním porodu budou mít lepší vztah s dítětem a menší psychické obtíže.

Zmapování důvodů žen v těchto významných oblastech kolem porodu umožňuje bližší pochopení toho, proč se ženy k porodům vztahují daným způsobem a proč volí daný způsob porodu. Zároveň nám umožňuje identifikovat místa, na která je potřeba soustředit pozornost v případě, že bychom chtěli zvýšit spokojenost žen s porody, která se významným způsobem odráží v celkovém fyzickém i psychickém stavu dítěte, matky i celé rodiny.

## Použitá literatura

Adams, S. S., Eberhard-Gran, M., & Eskild, A. (2012). Fear of childbirth and duration of labour: a study of 2206 women with intended vaginal delivery. *BJOG: An International Journal Of Obstetrics And Gynaecology*, 119(10), 1238-1246.

Ajzen, I., & Fishbein, M. (1977). Attitude-behavior relations: A theoretical analysis and review of empirical research. *Psychological Bulletin*, 84(5).

Ajzen, I., & Fishbein, M. (2005). The influence of attitudes on behavior. In D. Albarracin, B. T. Johnson, & M. P. Zanna, *The handbook of attitudes*. Mahwah: Erlbaum.

Allport, G. W. (1935). Attitudes. In C. Murchinson, *Handbook of Social Psychology* (pp. 798-844). Worcester: Clark University Press.

Amis, D. (2014). Healthy Birth Practice # 1: Let Labor Begin on Its Own. *Journal Of Perinatal Education*, 23(4), 178-187.

Arendt, H. (2006). *Eichmann in Jerusalem: a report on the banality of evil*. New York, N. Y.: Penguin Books.

Asch, S. (1951). Effects of group pressure upon the modification and distortion of judgments. In H. Guetzkof, *Groups, leadership and men: research in human relations* (pp. 177-190). Pittsburgh: Carnegie Press.

Ayers, S., Eagle, A., & Waring, H. (2006). The effects of childbirth-related post-traumatic stress disorder on women and their relationships: A qualitative study. *Psychology, Health*, 11(4), 389-398.

Baym, N. K. (2010). *Personal connections in the digital age*. Malden: Polity.

Behrens, O., Goeschen, K., Luck, H., & Fuchs, A. (1993). Effects of lumbar epidural analgesia on prostaglandin F2 alpha release and oxytocin secretion during labor. *Prostaglandins*, 45(3), 285-296.

Bem, D. J. (1972). Self-perception theory. In L. Berkowitz, *Advances in experimental social psychology*. New York: Academic Press.

Benyamini, Y., Molcho, M. L., Dan, U., Gozlan, M., & Preis, H. (2017). Women's attitudes towards the medicalization of childbirth and their associations with planned and actual modes of birth [Online]. *Women And Birth*. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2017.03.007>

Boucher, D., Bennett, C., McFarlin, B., & Freeze, R. (2009). Staying Home to Give Birth: Why Women in the United States Choose Home Birth. *Journal Of Midwifery Womens Health*, 54, 119-126.

Bryanton, J., Gagnon, A. J., Hatem, M., & Johnston, C. (2008). Predictors of Early Parenting Self-efficacy. *Nursing Research*, 57(4), 252-259.

Carter, M. C., Corry, M., Delbanco, S., Foster, T. C., Friedland, R., Gabel, R., et al. (2010). Article: 2020 Vision for A High-Quality, High-Value Maternity Care System. *Women's Health Issues*, 20(1), 7-17.

Cleeton, E. R. (2001). Attitudes and Beliefs About Childbirth Among College Students: Results of an Educational Intervention. *Birth: Issues In Perinatal Care*, 28(3), 192-200.

Creedy, D. K., Shochet, I. M., & Horsfall, J. (2000). Childbirth and the Development of Acute Trauma Symptoms: Incidence and Contributing Factors. *Birth: Issues In Perinatal Care*, 27(2), 104-111.

Declercq, E., Barger, M., Cabral, H. J., Evans, S. R., Kotelchuck, M., Simon, C., et al. (2007a). Maternal Outcomes Associated With Planned Primary Cesarean Births Compared With Planned Vaginal Births. *Obstetrics*, 109(3), 669-677.

Declercq, E. R., Sakala, C., Corry, M. P., & Applebaum, S. (2007b). Listening to Mothers II: Report of the Second National U. S. Survey of Women's Childbearing Experiences. *Journal Of Perinatal Education*, 16(4), 9-14.

Declercq, E., Cunningham, D., Johnson, C., & Sakala, C. (2008). Mothers' reports of postpartum pain associated with vaginal and cesarean deliveries: results of a national survey. *Birth*, 35(1), 16-24.

Declercq, E. R., Sakala, C., Corry, M. P., Applebaum, S., & Herrlich, A. (2014). Major Survey Findings of Listening to Mothers III: Pregnancy and Birth: Report of the Third

National U. S. Survey of Women's Childbearing Experiences. *The Journal Of Perinatal Education*, 23(1), 9-16.

DeJoy, S. (2010). "Midwives are nice, but... ": perceptions of midwifery and childbirth in an undergraduate class. *Journal Of Midwifery*, 55(2), 117-123.

Dursun, P., Yanik, F. B., Zeyneloglu, H. B., Baser, E., Kuscu, E., & Ayhan, A. (2011). Why women request cesarean section without medical indication? *The Journal Of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 24(9), 1133-1137.

Dyson, E. (2001). *Release 2.1: vize života v digitálním věku*. Praha: Management Press.

Eagly, A. H., & Chaiken, S. (1993). *The psychology of attitudes*. Fort Worth: Harcourt Brace Jovanovich College Publishers.

Edmonds, J. K., Cwierniewicz, T., & Stoll, K. (2015). Childbirth Education Prior to Pregnancy? Survey Findings of Childbirth Preferences and Attitudes Among Young Women. *Journal Of Perinatal Education*, 24(2), 93-101.

Edwards, N., & Kirkham, M. (2013). Birthing without a midwife: a literature review. *MIDIRS Midwifery Digest*, 23(1), 7-16.

Enkin, M. (1998). *Efektivní péče v perinatologii*. Praha: Grada.

Fenwick, J., Gamble, J., Nathan, E., Bayes, S., & Hauck, Y. (2009). Pre- and postpartum levels of childbirth fear and the relationship to birth outcomes in a cohort of Australian women. *Journal Of Clinical Nursing*, 18(5).

Fenwick, J., Staff, L., Gamble, J., Creedy, D. K., & Bayes, S. (2010). Why do women request caesarean section in a normal, healthy first pregnancy? *Midwifery*, 26, 394-400.

Fenwick, J., Hauck, Y., Schmeid, V., Dhaliwal, S., & Butt, J. (2012). Association Between Mode of Birth and Self-Reported Maternal Physical and Psychological Health Problems at 10 Weeks Postpartum. *International Journal Of Childbirth*, 2(2), 115-125.

Festinger, L. (1957). *A theory of cognitive dissonance*. Stanford: Stanford University Press.

Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention, and behavior: an introduction to theory and research*. Reading: Addison-Wesley.

Forkner-Dunn, J. (2003). Internet-based Patient Self-care: The Next Generation of Health Care Delivery. *Journal Of Medical Internet Research*, 5(2).

Fuglenes, D., Aas, E., Botten, G., Øian, P., & Kristiansen, I. S. (2011). Why do some pregnant women prefer cesarean? The influence of parity, delivery experiences, and fear. *American Journal Of Obstetrics & Gynecology*, 205(1), 1-9.

Gallagher, F., Bell, L., Waddell, G., Benoît, A., & Côté, N. (2012). Requesting Cesareans without Medical Indications: An Option Being Considered by Young Canadian Women. *Birth: Issues In Perinatal Care*, 39(1), 39-47.

Gamble, J. A., & Creedy, D. K. (2000). Women's request for a cesarean section: a critique of the literature. *Birth*, 27(4), 256-263.

Gamble, J. A., & Creedy, D. K. (2001). Women's Preference for a Cesarean Section: Incidence and Associated Factors. *Birth*, 28(2), 101-110.

Gao, L., Larsson, M., & Luo, S. (2013). Internet use by Chinese women seeking pregnancy-related information. *Midwifery*, 29(7), 730 - 735.

Glasman, L. R., & Albarracin, D. (2006). Forming Attitudes that Predict Future Behavior: A Meta-Analysis of the Attitude-Behavior Relation. *Psychological Bulletin*, 132(5).

Goodfellow, C. F., Hull, M. G. R., Swaab, D. F., Dogterom, J., Buijs, R. M., & James Iii, F. M. (1983). Oxytocin Deficiency at Delivery with Epidural Analgesia. *Obstetric Anesthesia Digest*, 3(3), 214-219.

Gottvall, K., & Waldenström, U. (2002). Does a traumatic birth experience have an impact on future reproduction? *BJOG: An International Journal Of Obstetrics And Gynaecology*, 109(3), 254-260.

Graham, I. D., Carroli, G., Davies, C., & Medves, J. M. (2005). Episiotomy Rates Around the World: An Update. *Birth*, 32(3), 219-223.

Haines, H., Rubertsson, C., Pallant, J. F., & Hildingsson, I. (2012). Womens' attitudes and beliefs of childbirth and association with birth preference: A comparison of a Swedish and an Australian sample in mid-pregnancy. *Midwifery*, 28(6), 850-856.

Hanna-Leena Melender, R. M. (2002). Experiences of Fears Associated with Pregnancy and Childbirth: A Study of 329 Pregnant Women. *Birth*, 29(2), 101-111.

Hasalík, R. (2005). Webové diskuse na vlastní kůži [Online]. In *Brouzdej.cz*. Retrieved from <http://brouzdej.cz/blogy/darkmaster/1804.html>

Hašková, H. (2001a). *Názorové difference k současným změnám v českém porodnictví*. Praha: Sociologický ústav Akademie věd České republiky.

Hašková, H. (2001b). *Sociální aspekty porodu: zpráva z výzkumu*. Praha: Aperio.

Hauck, Y. L., Stoll, K. H., Hall, W. A., & Downie, J. (2016). Association between childbirth attitudes and fear on birth preferences of a future generation of Australian parents. *Women And Birth*, 29(6), 511-517.

Hayes, N. (2011). *Základy sociální psychologie*. Praha: Portál.

Heitlinger, A. (1987). *Reproduction, medicine, and the socialist state*. New York: St. Martin's Press.

Herkner, W. (1991). *Lehrbuch Sozialpsychologie*. Bern: Huber.

Hildingsson, I., Rådestad, I., Rubertsson, C., & Waldenström, U. (2002). Few women wish to be delivered by caesarean section. *BJOG: An International Journal Of Obstetrics And Gynaecology*, 109(6), 618-623.

Hodnett, E., & Osborn, R. (1989). Effects of continuous intrapartum professional support on childbirth outcomes. *Research In Nursing And Health*, 12(5), 289-297.

Hollins, M., & Fleming, V. (2011). The birth satisfaction scale. *International Journal Of Health Care Quality Assurance*, 24(2), 124-135.

Holten, L., & de Miranda, E. (2016). Women's motivations for having unassisted childbirth or high-risk homebirth: An exploration of the literature on 'birthing outside the system'. *Midwifery*, 38, 55-62.

Isenberg, D. J. (1986). Group Polarization: A Critical Review and Meta-Analysis. *Journal Of Personality*, 50(6), 1141-1151.

Kagan, J., Havemann, J., & Segal, E. (1994). *Psychology: an introduction*. San Diego: Harcourt Brace Jovanovich.

Kashanian, M., Javadi, F., & Haghigini. (2010). Effect of continuous support during labor on duration of labor and rate of cesarean delivery. *International Journal Of Gynecology & Obstetrics*, 109(3), 198-200.

Katz, D. (1960). The Functional Approach to the Study of Attitudes. *The Public Opinion Quarterly*, 24(2), 163-204.

Klass, E. (1978). Psychological effects of immoral actions: the experimental evidence. *Psychological Bulletin*, 85(4), 756-771.

Kok, J., Tan, K., Lim, W., Yew, M., & Yeo, G. (2004). Antenatal use of a novel vaginal birth training device by term primiparous women in Singapore. *Singapore Medical Journal*, 45(7), 318-323.

Kopecký, K. (2007). *Moderní trendy v e-komunikaci*. Olomouc: Hanex.

Kovacs, G. T., Heath, P., & Heather, C. (2004). First Australian trial of the birth-training device Epi-No: A highly significantly increased chance of an intact perineum. *The Australian And New Zealand Journal Of Obstetrics And Gynaecology*, 44(4), 347-348.

Krech, D., Crutchfield, R. S., & Ballachey, E. L. (1962). *Individual in society; a textbook of social psychology*. New York: McGraw-Hill.

Kringeland, T., Daltveit, A. K., & Moller, A. (2009). What characterizes women in Norway who wish to have a caesarean section? *Scandinavian Journal Of Public Health*, 37(4), 364-371.

Lagan, B. M., Sinclair, M., & Kernohan, W. (2010). Internet use in pregnancy informs women's decision making: A web-based survey. *Birth*, 37(2), 106 - 115.

Lagan, B. M., Sinclair, M., & Kernohan, W. G. (2011). A web-based survey of midwives' perceptions of women using the Internet in pregnancy: a global phenomenon. *Midwifery*, 27(2), 273-281.



Lampman, C., & Phelps, A. (1997). College students' knowledge and attitudes about cesarean birth. *Birth*, 24(3), 159-164.

Langer, A., Campero, L., Garcia, C., & Reynoso, S. (1998). Effects of psychosocial support during labour and childbirth on breastfeeding, medical interventions, and mothers' wellbeing in a Mexican public hospital: a randomised clinical trial. *BJOG: An International Journal Of Obstetrics And Gynaecology*, 105(10), 1056-1063.

Larsson, M. (2009). A descriptive study of the use of the Internet by women seeking pregnancy-related information. *Midwifery*, 25(1), 14-20.

Laursen, M., Johansen, C., & Hedegaard, M. (2009). Fear of childbirth and risk for birth complications in nulliparous women in the Danish National Birth Cohort. *BJOG: An International Journal Of Obstetrics And Gynaecology*, 116(10), 1350-1355.

Lavender, T., Walkinshaw, S. A., & Walton, I. (1999). A prospective study of women's views of factors contributing to a positive birth experience. *Midwifery*, 15(1), 40-46.

Leary, M. R. (2004). The self we know and the self we show:: Self-esteem, self-presentation, and the maintenance of interpersonal relationships. In M. Brewer & M. Hewstone, *Emotion and motivation*. Malden: Usishers.

Lederman, R., Lederman, E., Work, B., & McCann, D. (1978). The relationship of maternal anxiety, plasma catecholamines, and plasma cortisol to progress in labor. *American Journal Of Obstetrics And Gynecology*, 132(5), 495-500.

Leifer, G. (2004). *Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatelství*. Praha: Grada.

Leighton, B. L., & Halpern, S. H. (2002). The effects of epidural analgesia on labor, maternal, and neonatal outcomes: A systematic review. *American Journal Of Obstetrics*, 186(5), 69-77.

Lewis, L., Hauck, Y. L., Ritchie, S., Barnett, L., Nunan, H., & Rivers, C. (2014). Australian women's perception of their preparation for and actual experience of a recent scheduled caesarean birth. *Midwifery*, 30(3), 131-136.

Lukasse, M., Vangen, S., Øian, P., Kumle, M., Ryding, E. L., & Schei, B. (2010). Childhood Abuse and Fear of Childbirth: A Population-based Study. *Birth*, 37(4), 267-274.

- Lutomski, J. E., Murphy, M., Devane, D., Meaney, S., & Greene, R. A. (2014). Private health care coverage and increased risk of obstetric intervention. *BMC Pregnancy And Childbirth*, 14(1), 1-18.
- MacDorman, M. F., Mathews, T. J., & Declercq, E. (2012). Home births in the United States, 1990-2009. *NCHS Data Brief*, (84), 1 - 8.
- Madden, T. J., Ellen, P. S., & Ajzen, I. (1992). A Comparison of the Theory of Planned Behavior and the Theory of Reasoned Action. *Personality And Social Psychology Bulletin*, 18(1), 3-9.
- Madge, C., & O'Connor, H. (2006). Parenting gone wired: empowerment of new mothers on the internet? *Social And Cultural Geography*, 7(2), 199-220.
- Malečková, R. (2015). Počtem uživatelů internetu jsme přeskočili Evropu [Online]. *Český Statistický Úřad*. Retrieved from: <https://www.czso.cz/csu/czso/poctem-uzivatelu-internetu-jsme-preskocili-evropu>
- Mansell, R. (2012). *Imagining the Internet: communication, innovation, and governance*. Oxford: Oxford University Press.
- Matheson, K., & Zanna, M. P. (1988). The impact of computer-mediated communication on self-awareness. *Computers In Human Behavior*, 4(3), 221-233.
- Mazzoni, A., Althabe, F., Liu, N. H., Bonotti, A. M., Gibbons, L., Sánchez, A. J., & Belizán, J. M. (2011). Women's preference for caesarean section: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *BJOG: An International Journal Of Obstetrics And Gynaecology*, 118(4), 391-399.
- McKinnon, L. C., Prosser, S. J., & Miller, Y. D. (2014). What women want: Qualitative analysis of consumer evaluations of maternity care in Queensland, Australia. *BMC Pregnancy And Childbirth*, 14(1).
- Michels, A., Kruske, S., & Thompson, R. (2013). Women's postnatal psychological functioning: the role of satisfaction with intrapartum care and the birth experience. *Journal Of Reproductive And Infant Psychology*, 31(2), 172-182.

Miller, A. C. (2009). Midwife to Myself: Birth Narratives among Women Choosing Unassisted Homebirth. *Sociological Inquiry*, 79(1), 51-74.

Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada.

Mrowetz, M., Chrastilová, G., & Antalová, I. (2011). *Bonding - porodní radost: podpora rodiny jako cesta k ozdravení porodnictví a společnosti?*. Praha: DharmaGaia.

Muhleman, M. A., Aly, I., Walters, A., Topale, N., Tubbs, R. S., & Loukas, R. S. (2017). To cut or not to cut, that is the question: A review of the anatomy, the technique, risks, and benefits of an episiotomy. *Clinical Anatomy*, 30(3), 362-372.

Munro, S., Kornelsen, J., & Hutton, E. (2009). Feature: Decision Making in Patient-Initiated Elective Cesarean Delivery. *Journal Of Midwifery And Women's Health*, 54(5), 373-379.

Murray, A. D., Dolby, R. M., Nation, R. L., & Thomas, D. B. (1981). Effects of Epidural Anesthesia on Newborns and Their Mothers. *Child Development*, 52(1), 71-82.

Myers, D. G. (1993). *Social psychology*. New York: McGraw-Hill.

Myers, D. G. (2016). *Sociální psychologie*. Brno: Edika.

Nakonečný, M. (2009). *Sociální psychologie*. Praha: Academia.

Nilsson, C., Lundgren, I., Karlström, A., & Hildingsson, I. (2012). Self reported fear of childbirth and its association with women's birth experience and mode of delivery: A longitudinal population-based study. *Women And Birth*, 25(3), 114-121.

Odent, M. (1995). *Znovuzrozený porod*. Praha: Argo.

Olufemi, T. D. (2012). Theories of Attitudes. In C. D. Logan & M. I. Hodges, *Psychology of attitudes* (pp. 61-78). Hauppauge: Nova Science Publishers.

Osgood, C. E., Suci, G. J., & Tannenbaum, P. H. (1957). *The measurement of meaning*. Urbana: University of Illinois Press.

Pařízek, A. (2012). *Analgezie a anestezie v porodnictví*. Praha: Galén.

Pařízek, A. (2015). *Kniha o těhotenství, porodu a dítěti*. Praha: Galén.

Pavlíková, M. (2015). Analýza dat o rodičkách z registru Národního referenčního centra 2009 – 2013 [Online]. Retrieved from <http://www.biostatisticka.cz/analyza-dat-nrc-2/>

Pendry, L. F., & Salvatore, J. (2015). Individual and social benefits of online discussion forums. *Computers In Human Behavior*, 50, 211-220.

Ransjö-Arvidson, A., Matthiesen, A., Lilja, G., Nissen, E., Widström, A., & Uvnäs-Moberg, K. (2001). Maternal Analgesia During Labor Disturbs Newborn Behavior: Effects on Breastfeeding, Temperature, and Crying. *Birth: Issues In Perinatal Care*, 28(1), 5-12.

Righetti-Veltema, M., Conne-Perréard, E., Bousquet, A., & Manzano, J. (1998). Risk factors and predictive signs of postpartum depression. *Journal Of Affective Disorders*, 49(3), 167-180.

Risser, N. L., & Batey, V. (1975). Development of an instrument to measure patient satisfaction with nurses and nursing care in primary care settings. *Nursing Research*, 24(1), 45-52.

Romano, A. M. (2007). A Changing Landscape: Implications of Pregnant Women's Internet Use for Childbirth Educators. *Journal Of Perinatal Education*, 16(4), 18-24.

Rosenberg, M. J., & Hovland, C. I. (1960). Cognitive, Affective and Behavioral Components of Attitudes. In M. J. Rosenberg & C. I. Hovland, *Attitude Organization and Change: An Analysis of Consistency Among Attitude Components*. New Haven: Yale University Press.

Rossignol, M., Moutquin, J., Boughrassa, F., Bédard, M., Chaillet, N., Charest, C., et al. (2013). Preventable obstetrical interventions: how many caesarean sections can be prevented in Canada?. *Journal Of Obstetrics And Gynaecology*, 35(5), 434-443.

Rouhe, H., Salmela-Aro, K., Halmesmäki, E., & Saisto, T. (2009). Fear of childbirth according to parity, gestational age, and obstetric history. *BJOG: An International Journal Of Obstetrics And Gynaecology*, 116(1), 67-73.

Rušavý, Z., Kališ, V., Landsmanová, J., Kašová, L., Karbanová, J., Dolejšová, K., et al. (2011). Perineální audit: důvody pro více než 1000 epiziotomií. *Česká Gynekologie*, 76(5), 378-385.

- Saisto, T., Salmela-Aro, K., Nurmi, J. E., & Halmesmäki, E. (2001). Psychosocial characteristics of women and their partners fearing vaginal childbirth. *BJOG: An International Journal Of Obstetrics And Gynaecology*, 108(1), 492-498.
- Saisto, T., & Halmesmaki, E. (2003). Fear of childbirth: a neglected dilemma. *Acta Obstetricia Et Gynecologica Scandinavica*, 82(3), 201-208.
- Sarkadi, A., & Bremberg, S. (2005). Socially unbiased parenting support on the Internet: a cross-sectional study of users of a large Swedish parenting website. *Child: Care, Health And Development*, 31(1), 43-52.
- Sawyer, A., Ayers, S., Abbott, J., Gyte, G., Rabe, H., & Duley, L. (2013). Measures of satisfaction with care during labour and birth: a comparative review. *BMC Pregnancy And Childbirth*, 13, 108-118.
- Seguin, L., Therrien, R., Champagne, F., & Larouche, D. (1989). The components of women's satisfaction with maternity care. *Birth*, 16(3), 109-113.
- Shek, K. L. (2011). Does the Epi-No Birth Trainer reduce levator trauma? A randomised controlled trial. *International Urogynecology Journal*, 22(12), 1521-1528.
- Schouten, A. P., Valkenburg, P. M., & Peter, J. (2009). An Experimental Test of Processes Underlying Self-Disclosure in Computer-Mediated Communication. *Cyberpsychology*, 3(2), 1-13.
- Schwartz, L., Toohill, J., Creedy, D., Baird, K., Gamble, J., & Fenwick, J. (2015). Factors associated with childbirth self-efficacy in Australian childbearing women. *BMC Pregnancy And Childbirth*, 15, 29-38.
- Smith, M. B., Bruner, J. S., & White, R. W. (1964). Opinions and personality. In J. Murphy, *Dialogues and debates in social psychology*. Hove: Lawrence Erlbaum Associates.
- Snyder, M., & Swann, W. B. (1976). When Actions Reflect Attitudes: The Politics of Impression Management. *Journal Of Personality*, 34(5).
- Sobotková, D., & Štembera, Z. (2003). Psychologické aspekty v perinatální medicíně v letech 1980-2000: III. poporodní období. *Česká Gynekologie*, (6), 385-389.

Sosa, R., Kennell, J., Klaus, M., Robertson, S., & Urrutia, J. (1980). The effect of a supportive companion on perinatal problems, length of labor, and mother-infant interaction. *The New England Journal Of Medicine*, 303(11), 597-600.

Spaich, S., Welzel, G., Berlit, S., Temerinac, D., Tuschy, B., Sütterlin, M., & Kehl, S. (2013). Mode of delivery and its influence on women's satisfaction with childbirth. *European Journal Of Obstetrics And Gynecology*, 170(2), 401-406.

Stoll, K., Fairbrother, N., Carty, E., Jordan, N., Miceli, C., Vostreil, Y., & Willihnganz, L. (2009). "It's all the rage these days": University students' attitudes toward vaginal and cesarean birth. *Birth*, 36(2), 133-140.

Stoll, K., & Hall, W. (2013a). Vicarious Birth Experiences and Childbirth Fear: Does It Matter How Young Canadian Women Learn About Birth? *The Journal Of Perinatal Education*, 22(4), 226-233.

Stoll, K., & Hall, W. A. (2013b). Attitudes and Preferences of Young Women With Low and High Fear of Childbirth. *Qualitative Health Research*, 23(11), 1495-1505.

Stoll, K., Hall, W., Janssen, P., & Carty, E. (2014). Why are young Canadians afraid of birth? A survey study of childbirth fear and birth preferences among Canadian University students. *Midwifery*, 30(2), 220-226.

Størksen, H. T., Garthus-Niegel, S., Vangen, S., & Eberhard-Gran, M. (2013). The impact of previous birth experiences on maternal fear of childbirth. *Acta Obstetricia Et Gynecologica Scandinavica*, 92(3), 318-324.

Suler, J. (1998). *The Psychology of Cyberspace: Cyberspace as a psychological space* [Online]. Retrieved from: <http://www.truecenterpublishing.com/psycyber/psycyber.html>

Suler, J. (2001). *The Psychology of Cyberspace: The Online Disinhibition Effect*. [Online]. Retrieved from <http://www.truecenterpublishing.com/psycyber/psycyber.html>

Sutherland, N. S. (1994). *Irrationality: why we don't think straight!*. New Brunswick: Rutgers University Press.

Šmahel, D. (2003). *Psychologie a internet: děti dospělými, dospělí dětmi*. Praha: Triton.

Štembera, Z., Dittrichová, J., & Sobotková, D. (2014). *Perinatální neuropsychická morbidita dítěte*. Praha: Karolinum.

Takács, L., Kodyšová, E., Kejřová, K., & Bartošová, M. (2011). Zahájení kojení z hlediska psychosociálních faktorů perinatální péče. *E-Psychologie*, 5(1), 16-32.

Takács, L., Seidlerová, J., Horáková Hoskovcová, S., Šulová, L., Štětovská, I., Zejdová, H., & Kolumpková, M. (2012). *Psychosociální aspekty v současném českém porodnictví: kvalita perinatální péče očima rodiček: zpráva z výzkumu*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Filozofická fakulta.

Takács, L., Sobotková, D., & Šulová, L. (2015). *Psychologie v perinatální péči: praktické otázky a náročné situace*. Praha: Grada.

Thompson, R., & Miller, Y. D. (2014). Birth control: To what extent do women report being informed and involved in decisions about pregnancy and birth procedures? *BMC Pregnancy And Childbirth*, 14(1).

Torloni, M. R., Betrán, A. P., Montilla, P., Sclaro, E., Seuc, A., Mazzoni, A., et al. (2013). Do Italian women prefer cesarean section? Results from a survey on mode of delivery preferences. *BMC Pregnancy And Childbirth*, 13(1), 1-8.

Tracy, S. K., & Tracy, M. B. (2003). Costing the cascade: estimating the cost of increased obstetric intervention in childbirth using population data. *BJOG: An International Journal Of Obstetrics And Gynaecology*, 110(8), 717-724.

Tschudin, S., Alder, J., Hendriksen, S., Bitzer, J., Aebi Popp, K., Zanetti, R., et al. (2009). Previous birth experience and birth anxiety: predictors of caesarean section on demand? *Journal Of Psychosomatic Obstetrics*, 30(3), 175-180.

ÚZIS. (2015). *Zdravotnická statistika: Rodička a novorozenec 2013*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR.

Vybíral, Z. (2009). *Psychologie komunikace*. Praha: Portál.

Výrost, J. (1989). Sociálno-psychologický výskum postojov. Bratislava: Veda.

Wagner, M. (2000). Porod pro příští tisíciletí ve Střední Evropě. *Porodní Asistentka*, 9, 15-18.

Waldenström, U. (1999). Experience of labor and birth in 1111 women. *Journal Of Psychosomatic Research*, 47(5), 471-482.

Waldenström, U., Hildingsson, I., Rubertsson, C., & Rådestad, I. (2004). A Negative Birth Experience: Prevalence and Risk Factors in a National Sample. *Birth*, 31(1), 17-27.

Waldenström, U., Hildingsson, I., & Ryding, E. L. (2006). Antenatal fear of childbirth and its association with subsequent caesarean section and experience of childbirth. *BJOG: An International Journal Of Obstetrics And Gynaecology*, 113(6), 638-646.

Weeks, F., Pantoja, L., Ortiz, J., Foster, J., Cavada, G., & Binfa, L. (2017). Labor and Birth Care Satisfaction Associated With Medical Interventions and Accompaniment During Labor Among Chilean Women. *Journal Of Midwifery And Women's Health*, 62(2), 196 - 203.

WHO. (2015). *WHO Statement on Caesarean Section Rates* [Online]. Retrieved from [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/1/WHO\\_RHR\\_15.02\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/1/WHO_RHR_15.02_eng.pdf)

Wicker, A. W. (1969). Attitudes versus actions: the relationship of verbal and overt behavioral responses to attitude objects. *Journal Of Social Issues*, 25, 41-78.

Wilde-Larsson, B., Sandin-Bojö, A. K., Starrin, B., & Larsson, G. (2011). Birthgiving women's feelings and perceptions of quality of intrapartal care: a nationwide Swedish cross-sectional study. *Journal Of Clinical Nursing*, 20(78), 1168-1177.

Zeman, Z., & Doležal, A. (2000). *Právní odpovědnost a právní vztahy v porodnictví*. Praha: Galén.

Zielinski, R., Ackerson, K., & Kane-Low, L. (2015). Planned home birth: benefits, risks, and opportunities. *International Journal Of Women's Health*, 7, 361-377.

Zimbardo, P. G. (1971). *The psychological power and pathology of imprisonment.: A statement prepared for the U. S. House of Representatives Committee on the Judiciary, Subcommittee No. 3: Hearings on Prison Reform*. San Francisco.



## Přílohy

**Příloha č. 1:** Seznam 48 diskuzních fór s porodní tematikou, která byla nalezena při prvotní analýze internetu díky vyhledávání klíčových slov. Podrobnější analýze byla podrobena pouze ta, která se při vyhledávání vyskytla alespoň čtyřikrát.

		Vyhledávaná klíčová slova						Počet vyhledání
		diskuze - porod	diskuze - těhotenství	diskuze - maminka	fórum - porod	fórum - těhotenství	fórum - maminka	
1	emimino.cz	1	1	1	1	1	1	6
2	modrykonik.cz	1	1	1	1	1	1	6
3	vasedeti.cz	1	1	1	1	1	1	6
4	diskuze.maminkam.cz	1	1	1	1	1	1	6
5	maminka.cz	1	1	1		1	1	5
6	babyonline.cz	1	1	1		1		4
7	rodina.cz	1	1	1		1		4
8	maminet.cz			1	1	1	1	4
9	omlazení.cz	1	1	1				3
10	ona.idnes.cz	1	1	1				3
11	bonella.cz	1	1	1				3
12	promaminky.cz	1	1	1				3
13	mojetehotenstvi.cz		1	1		1		3
14	vinted.cz				1	1	1	3
15	babycorner.cz	1			1			2
16	zena-in.cz	1	1					2
17	zpovednice.cz	1		1				2
18	estudanka.cz	1	1					2
19	mamaaja.cz	1	1					2
20	zeny.e15.cz		1	1				2
21	smudla.cz			1			1	2
22	mojebrisko.cz				1	1		2
23	forumzdravi.cz				1	1		2
24	vestirna.com				1		1	2
25	tetakaterina.cz					1	1	2
26	babyweb.cz	1						1
27	reflex.cz	1						1
28	maminkov.cz	1						1

29	tehotenstvi-priznaky.cz		1				1
30	diskuze.dama.cz		1				1
31	sanatoriumhelios.cz		1				1
32	nasemimi.cz		1				1
33	abecedazdravi.cz		1				1
34	week.cz		1				1
35	lekari-online.cz		1				1
36	rodicum.cz			1			1
37	diskuze.najdise.cz			1			1
38	lide.cz			1			1
39	maminky.eu				1		1
40	acentrum.cz				1		1
41	forum.zzspk.cz				1		1
42	padesatprocent.cz				1		1
43	baby-cafe.cz				1		1
44	cervenani.cz				1		1
45	tehotenstvi.podivej.cz					1	1
46	carovani.cz					1	1
47	mimiforum.cz						1
48	pysne-maminky.freepage.cz						1

**Příloha č. 2:** Ukázka z analýzy nejčastěji diskutovaných témat. Z obou analyzovaných diskuzních fór bylo vybráno 350 diskuzních skupin, v nichž se naposledy diskutovalo. Názvy těchto 700 diskuzních skupin byly sdruženy do obsahově podobných témat a podtémat – zde ukázka názvů diskuzních skupin spadajících pod téma Alternativní způsoby porodu.

<b>Téma:</b>	<b>Alternativní způsoby porodu</b>		
<b>Fórum</b>	<b>Název diskuzní skupiny</b>	<b>Počet příspěvků</b>	<b>Počet témat</b>
	<b>Porod do vody / ve vaně</b>		
MODRYKO	Porod do vody, máte zkušenosti?	139	
MODRYKO	Porod do vody. Názory - zkušenosti?	1	
MODRYKO	Máte někdo zkušenost s porodem do vody?	7	
MODRYKO	Porod do vody - máte zkušenosti?	3	
MODRYKO	Porod do vody, máte zkušenost? Kde ho umožňují?	6	
MODRYKO	První porod a hned do vody	11	
MODRYKO	Porod ve vaně, máte zkušenost?	3	
EMIMINO	Porod - ve vaně v první době porodní	9	
	SUMA:	179	8

	<b>Porod doma</b>		
MODRYKO	Domácí porody a jaké jsou vaše zkušenosti?	5	
MODRYKO	Porod doma?	417	
EMIMINO	Porod doma	894	
EMIMINO	Vyvolání porodu, doma :)1	21	
EMIMINO	Kontrola miminka po porodu doma	29	
EMIMINO	Porod doma	207	
	SUMA:	1573	6

	<b>Ambulantní porod</b>		
MODRYKO	Ambulantní porod po úpravě zákona v r. 2014	4	
MODRYKO	Ambulantní porod 2015/2016	13	
MODRYKO	Ambulantní porod. Podařilo se vám odejít dříve?	410	
	SUMA:	427	3

	<b>Další alternativy porodu</b>		
MODRYKO	Použití TCM a akupunktury u porodu - máte zkušenosti?	4	
EMIMINO	Orgasmický porod, jak na něj?	69	
EMIMINO	Porod podle F. Leboyera - lze?	2	
MODRYKO	Uvolněný porod - prosím o reference	0	
MODRYKO	Hypnoporod, máte zkušenost?	23	
MODRYKO	Hypnoporod, pomohla vám knížka i bez kurzu?	10	
	SUMA:	108	6

**Příloha č. 3:** Ukázka z postupu při analýze příspěvků. Příspěvky byly kopírovány do MS Excel společně se jménem uživatele. Byl určen postoj uživatele na pětibodové škále a posléze byl příspěvek uživatele rozsegmentován na důvody pro daný postoj, které byly zkopírovány do tematických sloupců.

Číslo příspěvku	Uživatelka	Datum	Postoj vztahující se k porodu	Prvorodička	Jak zjistěno	Postoj na škále	Ukázka postoje	Zbytečné zákroky	Rekonvalescence	Nepříjemné zákroky s patě s ČR	Přirozenost	Bonding	Bolest po ČR	Jelva atd. po ČR	Riziko ČR
72	mialagia	18.2.2017													
73	mialagia		kdyby všude tak uměle do porodů nezasahovali a nestresovali mámy, tak by třeba těch cs tolik nebylo..					kdyby všude tak uměle do porodů nezasahovali a nestresovali mámy, tak by třeba těch cs tolik nebylo..							
74	snowfleik														
75	linee			ne	z profilu	?									
76	nazka		přišli, jestli souhlasím s cs. Samozřejmě že jsem souhlasila. Bála jsem se o dítě. Nechala jsem se uspat lokálně, tak jsem si celou tu hrůzu prožila v přímém přenosu a musím říct, že to nebylo nijak hrozné. Rekonvalescence pak taky dobrá. Nejhorší byly drény v břiše a jejich vyndání z celého porodu. Za mě cs doporučuju, jen teda nevím, jestli se o něj může zažádat (pochybuju) a druhá věc.. je to prostě operace. Pak tři měsíce máš omezení. Po normálním porodu tahle omezení nemáš. I o tom svědčí, že normální porod je lepší. Ale chápu, že se bojíš. Taky jsem se bála.	ne	explicitně	2	Za mě cs doporučuju		Rekonvalescence pak taky dobrá.	Nejhorší byly drény v břiše a jejich vyndání z celého porodu.					
77	lasicek		Ja jsem pro vaginální porod, nikdy jsem ani nad CS neuvažovala. Rodit je přirozené jak pro matku tak i dítě. První kontakt je velmi důležitý.	?		5					Rodit je přirozené jak pro matku tak i dítě.	První kontakt je velmi důležitý.			
78	anaema		Za mne rodit co nejprirozeneji.	ne	později	5	Za mne rodit co nejprirozeněji.								
79	raduska21		Mam za sebou druhy porod a jsem pro prirodzeny, jednoznacne.... ta bolest a bezmoc po cisari byla hrozna, to se vubec neda s prirodzenym srovnat.... take mas nadozivoti prevys kuze na brichu... a cs je operace jako kazda jina a ma sve riziko...	ne	explicitně	5	Mam za sebou druhy porod a jsem pro prirodzeny, jednoznacne						ta bolest a bezmoc po cisari byla hrozna	take mas nadozivoti prevys kuze na brichu	cs je operace jako kazda jina a ma sve riziko...
80	pajounek														
81	nazka														
82	raduska21	19.2.2017													
83	lucinka58		No já rodila 12 hodin přirozeně a až byl malej na pokraji sil, tak jsem šla na akutní císař..... Za mě byl císař v pohodě - břicho mě bolelo jen první den po operaci, pak už se to dalo :slight_smile: Takže já nezatracuju ani císaře. Teď jsem znovu těhotná tak uvidím jak to dopadne	ne	explicitně	2	Za mě byl císař v pohodě (...) Takže já nezatracuju ani císaře.		Za mě byl císař v pohodě - břicho mě bolelo jen první den po operaci,						

**Příloha č. 4:** Ukázka z postupu při analýze příspěvků. Příspěvky uživatelky byly rozsegmentovány na jednotlivé důvody k daným postojům (viz příloha č. 3) a tyto důvody byly dány do přehledné tabulky podle tematiky. Témata (oblasti důvodů) byla výstižně pojmenována.

Tematický celek	Oblast důvodů	Počet příspěvků	Konkrétní příspěvky uživatelky vyjadřující daný důvod			
Přístroje a moderní technika	Odmitání přístrojů a moderní techniky	5	Me dělají problém všechny ty přístroje, které mají lékaři potřebu využívat.	Jakože teda nebylo vůbec příjemné v kontrakcích ležet připoutaná k monitoru	Já bych monitor určitě nesnesla, nemohla jsem v kontrakci ležet ani sedět. Musela jsem stát nebo klečet a hýbat se...	Mě přijde, že ten přetechizovaný svět, jde naprosto proti zdravému rozumu...
	Nezbytnost přístrojů a moderní techniky	3	V nemocnicích mají různé přístroje a nástroje, kdyby něco.	Já sama bych podruhé rodila zásadne opět v porodnici. A to z vyše uvedených důvodů - více odborníku, <b>vybavení ihned k dispozici</b> , okamžité řešení komplikací.	Neumím si představit takhle rodit doma, <b>bez monitoru</b> , bez pomoci doktorů...blbost.	
Zkušenosti	Nedostatek zkušeností	3	Já chtěla poprvé taky rodit doma ale ještě jsme moc nevěděli do čeho jdeme.	jako prvorodička jsem nevěděla co mě čeká tak jsem si netroufla vymýšlet porodní plány apod.	Já si obecně myslím, že porody doma jsou vhodné spíše pro druhou a vícero dičky, které už přeci jen trochu vědí, co je čeká.	
Zdravotní stav	Zdravotní stav předurčující k porodu v nemocnici	4	Po prvním porodu bych nejradši taky zůstala doma, ale (...) mám trochu zdravotní komplikace.	U druhého dítěte bych si porod doma přála, ale vzhledem k tomu, že první šlo císařem, tak si to netroufnu.	Holky porody doma vám přeju, já bohužel patřím k té malé části která není schopna odrodit bez lékařské pomoci takže to jde mimo mě.	doma bych si rodit netroufala (kvůli prasklým vnitřním varixům po prvním porodu)
Prostředí	Klid domova / neklid nemocnice /soulad	11	Fandím všem, co se rozhodnou porodit doma v klidu.	doma by to bylo ještě krásnější. Protože bychom měli <b>úplný klid</b>	Mám ráda klud, a rovnako na zotavenie po pôrode si rada ten klud užijem :-)	Jsem schopná pochopit, že některé ženy chtějí mít u porodu klid - i zvířata si hledají k porodu klidné, bezpečné, kryté místo, protože chtějí být chráněny v době porodu i v období po něm.
	Rodina a partner na blízku	4	A že bol manžel stále pri mne doma bolo obrovské plus!	doma by to bylo ještě krásnější. Protože bychom měli <b>úplný klid a mohli být opravdu celou dobu spolu</b> (v nem. ho sestra vyhodila na chodbu při monitoru)	mně to naopak přijde krásné, všichni jsou v pohodě, hned příběhli mladší sourozenci, miminko spokojeně přisáté...	Zároveň bylo příjemné, že byli děti blízko, a keď chceli, mohli na hodku prísť „na návštěvu“ domov sa zahrať, pozrieť na malú...
	Moc světla v nemocnici	3	Obrovské světlo (...) utekla bych jim někam pryč.	Taky jsem chtěla utéct, to umělé světlo je děsně nepříjemné...	O zářivkách, které mi svítily do obličeje ani nemluví.	